

UNIVERZITA KARLOVA

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

DIZERTAČNÍ PRÁCE

KVALITA ŽIVOTA OSOB SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM

Quality of life of people with hearing impairment

Autor: Tereza Hradilová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Kateřina Hádková, Ph.D.

Studijní program: Pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Rok odevzdání: 2017

Prohlašuji, že jsem disertační práci na téma Kvalita života osob se sluchovým postižením vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 30.6.2017

.....

Tereza Hradilová

Poděkování:

Děkuji své školitelce paní doc. PhDr. Kateřině Hádkové, Ph.D. za ochotu a pomoc nejen při vedení této práce. Za pomoc s realizací a praktickým provedením výzkumného záměru děkuji jmenovitě:

Paní PhDr. Evě Dragomírecké, Ph.D. za souhlas s použitím české terénní verze instrumentu WHOQOL-BREF & Disabilities Module. Paní doc. RNDr. Ivaně Malé, CSc. za cennou pomoc při statistickém zpracování výzkumných dat. Tlumočnické služby do českého znakového jazyka při přípravě výzkumného šetření zajistily Bc. Monika Boháčková a Mgr. Miroslava Kotvová, jimž tímto také děkuji. Poděkování za tvorbu webových stránek patří Bc. Matěji Sochorovi. S praktickou realizací výzkumného šetření dále pomohl Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v ČR. Děkuji také všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření.

Realizace této dizertační práce byla v původně zamýšleném rozsahu možná díky podpoře projektu Grantovou agenturou Univerzity Karlovy, kde byl záměr podpořen pod číslem 33 715.

ABSTRAKT

Disertační práce s názvem Kvalita života osob se sluchovým postižením se zaměřuje na aktuální problematiku týkající se hodnocení kvality života u dospělých osob se sluchovým postižením v České republice. Koncepčním východiskem předkládané práce je aktuální odborné paradigma, kladoucí důraz na well-being v životě jedinců se specifickými potřebami. Text pojednává o multidimenzionálním charakteru pojmů kvalita života a kvalita života týkající se zdraví. Osvětluje subjektivní a objektivní část tohoto širokého a aktuálního konceptu. Jedna teoretická kapitola práce je zaměřena na oblast sluchového postižení u dospělých osob v souvislosti s aspekty, které se váží ke kvalitě života u této skupiny populace. Zmíněny jsou rysy osobnosti člověka se sluchovým postižením a aktuální společenská problematika, která se váže ke sluchové ztrátě a potažmo se promítá do celkového hodnocení kvality života osob s tímto senzorickým postižením. Jedna z podkapitol této části textu se věnuje klíčovým faktorům, které ovlivňují osobní prožívání kvality života v případě sluchové ztráty.

Výzkumná část práce se zabývá metodikou, průběhem a vyhodnocením provedených kvantitativních a kvalitativních výzkumných šetření. V rámci kvantitativního šetření byly použity dva dotazníky (autorský dotazník a dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL – BREF a Disabilities module). Kvalitativní část výzkumu proběhla formou otevřených písemných vyjádření, kdy respondenti sdělovali, co si představují pod pojmem kvalitní život. Sebraná data byla komplexně metodologicky a statisticky zpracována. Výsledky provedeného šetření poukazují na dílčí změny ve vnímání a prožívání kvality života v případě přítomnosti sluchového postižení. Komplexní zhodnocení řešené problematiky však nepoukazuje na výrazné změny oproti majoritní populaci.

KLÍČOVÁ SLOVA

Kvalita života a kvalita života týkající se zdraví

Sluchové postižení

Komunikační systémy

Heterogenní skupina

Světová zdravotnická organizace

ABSTRACT

The thesis titled The quality of life among hearing impaired people focuses on the current issue regarding the assessment of the quality of life in adult hearing impaired people in the Czech Republic. The conceptual basis of the submitted work is the current professional paradigm, with the emphasis on well-being in the lives of individuals with specific needs. The text deals with the multidimensional character of the concepts of the quality of life and the quality of life relating to health. It illuminates the subjective and the objective part of this broad and current concept. One theoretical chapter focuses on the area of hearing impairment in adult people in connection with the aspects which are bound to the quality of life in this part of the population. Mentioned are the personality traits of a hearing impaired person and the current social dilemma, which is connected to hearing loss, and is projected in the overall assesment of the quality of life of the people with this sensory handicap. One of the sub- chapters of this part of the text focuses on the key factors which influence the personal experience of life quality in the case of hearing loss. The research part of the work deals with method, continuation and assesment of the executed quantitative and qualitative research investigation. In terms of the quantitative examination two questionnaires were used (the author's questionnaire and the questionnaire of the World Health Organisation and Disabilities module. The qualitative part of the research proceeded in the form of open written expressions, when respondents shared what the concept quality life means to them. The compiled data were comprehensively, methodologically and statistically compiled. The results of the executed examination point out partial changes in the perception and the experience of the quality of life in the case of the presence of hearing impairment. The comprehensive evaluation of the problems deal with, however does not indicate significant changes as compared to the majority population.

KEYWORDS

Quality of Life and Health-related Quality of Life

Hearing impairment

Communication systems

Heteregoneous group

World Health Organisation

OBSAH:

1 Úvod	7
2 Kvalita života.....	10
2.1 Vývoj a definice pojmů QOL a well-being.....	16
2.2 Kvalita života týkající se zdraví.....	22
2.3 Kvalita života a Světová zdravotnická organizace	25
2.4 Modely kvality života	28
3 Sluchové postižení.....	34
3.1 Sluchové postižení v kontextu kvality života	37
3.2 Osobnost člověka se sluchovým postižením	39
3.3 Determinanty ovlivňující subjektivní prožívání QOL z hlediska ztráty sluchu	44
3.4 Aktuální společenská problematika osob se sluchovým postižením	50
4 Kvalita života osob se sluchovým postižením.....	55
4.1 Teoretická východiska výzkumného záměru.....	55
4.2 Cíl, otázky a stanovené hypotézy výzkumného šetření	56
4.3 Design výzkumu	58
4.3.1 Popis výzkumného nástroje.....	59
Popis výzkumného souboru	69
5 Interpretace výzkumného šetření.....	71
5.1 Autorský dotazník.....	71
5.2 WHOQOL-BREF a Disabilities module	101
5.3 Kvalitativní analýza dat	110
5.4 Shrnutí výzkumného šetření a diskuze	113
6 Závěr.....	121
7 Seznam citovaných a dalších použitých informačních zdrojů.....	123
8 Seznam příloh.....	129

1 Úvod

Kvalita života představuje z hlediska současného odborného paradigmatu (zejména) v oblasti pomáhajících profesí vysoce sledovaný jev. Jedná se o pojem, který svou multidimenzionalitou představuje pro odborníky nelehký metodologický koncept. V kontextu aktuálního evropského inkluzivního trendu představuje zhodnocení kvality života u osob se specifickými potřebami důležitý a opodstatněný prvek, který se posléze promítá do sociálního nastavení celé společnosti. Dragomirecká (2007) zmiňuje, že velká heterogenita problematiky kvality života je způsobena tím, že obsah tohoto pojmu je společný všem vědám o člověku. Upřesňuje také, že je třeba odlišovat hodnocení a posuzování této veličiny skrz jednotlivé oborové ukazatele. Podotýká však, že z hlediska historického vývoje má kvalita života jasně patrné kořeny ve filozofii a bližší minulost pak v poválečných letech a tehdejší sílící tendenci různých sociálních hnutí. V současné době je zkoumání a snaha o nalezení co možná nejlepšího hodnotícího nástroje kvality života patrné zejména v medicíně, psychologii, sociologii, filozofii či ekonomii (Ludíková, 2014). Obecně by se ale dalo říci, že se tato problematika ve zvýšené míře dotýká humanitních oborů a vesměs pak všech disciplín, které se věnují tzv. pomáhajícím profesím. Patrně doposud největší tematický a výzkumný rozvoj této oblasti pak můžeme datovat do počátku 21. století (Ludíková, 2014). Tento trend je možno sledovat i z hlediska odborné literatury – Shalock již v roce 2004 uváděl, že od roku 1985 dosáhl počet odborných článků, zabývajících se kvalitou života v mezinárodní literatuře, čísla přes 20 900. V roce 2010 pak Rėklaitiene, Karpavėiūė, Poėėrienė uváděly přes 3 000 přímo vědeckých publikací, operujících s tímto pojmem.¹

V souvislosti s výše uvedeným trendem se hodnocení kvality života stále více promítá také do oblasti pedagogické a vzdělávací, logicky pak významně do oblasti speciálněpedagogické, rodinné a další (srov. např. Ludíková, 2014, Shalock, 2004). Ačkoli pedagogika jako samostatná disciplína nebývá primárně udávána ve výčtu oborů, které se kvalitou života nejvíce zabývají, domníváme se, že vzhledem k současnému pedagogickému paradigmatu by to tak mělo být. Ludíková (2014) k tomu podotýká, že studium a zkoumání kvality života se stává novým interdisciplinárním oborem, který je hodnocen na různých úrovních s preferencí holistické koncepce jedince. Tomu odpovídá i současné nastavení pojetí speciálního vzdělávání, kde je patrný příklon k individuálním potřebám každé osoby davaný

¹ Autorky dále uvádějí, že v tomtéž roce se vyskytovalo 680 odborných publikací zabývajících se kvalitou života osob se sluchovým postižením a přes 140 publikací řešících kvalitu života neslyšících. Odborná vyhledávací databáze EBSCO Publishing v 1. polovině roku 2017 na slovní spojení Quality of Life generuje přes 6 000 knižních záznamů v anglickém jazyce. Dále pak přes 18 000 záznamů v časopisech či sbornících.

do kontextu s jeho či jejím celkovým osobnostním nastavením. Důležitost optimální péče či podpory v oblasti speciální pedagogiky však nemizí s ukončením vzdělávacího procesu člověka. Andragogická část má v této vědní disciplíně své zásadní místo. Z hlediska skupin osob se speciálními potřebami se ani u dospělých nesoustředíme pouze na další vzdělávací činnost, ale také (či dokonce zejména) na faktory, které se promítají do všech oblastí života člověka s postižením či znevýhodněním a také na to, jak dotyčného tyto faktory subjektivně a objektivně ovlivňují.

Surdopedie, jako samostatná vědní disciplína, prochází v České republice po roce 1989 rozsáhlým systémem změn. Samotné pojetí vzdělávání dětí a žáků se sluchovým postižením prodělalo v posledních desetiletích velký metodický vývoj. Tento vývoj se dále týká i celkového odborného a společenského přístupu k populaci, která má určitou ztrátu sluchu. Patrně nejmarkantnější změny se udály v uznání znakového jazyka jako svébytného a plnohodnotného jazyka, který má v životě neslyšících (či obecně osob se sluchovým postižením) zásadní a mnohdy nezastupitelný význam. Další podstatnou proměnou prošel systém vzdělávání, který se postupně oprostuje od segregáčního a diskriminačního trendu. V současné době se vzdělávací koncepce snaží o nastavení co možná nejoptimálnějších podmínek pro studium žáků a studentů s různým stupněm sluchového postižení tak, aby toto nastavení odpovídalo aktuální integrační a inkluzivní tendenci. Při pohledu do – i nedávné – minulosti je však patrné, že důsledky dřívějšího celosystémového diskriminačního nastavení u těchto osob stále přetrvávají – a to i u současné generace v tzv. „produktivním věku“, nynějších třicátníků či čtyřicátníků. Posun z hlediska větší přístupnosti a otevřenosti je možné sledovat také v oblasti zaměstnávání, kde je patrná snaha o zpřístupnění většího množství profesních oborů (na různé úrovni vzdělání). Další koncepční změny můžeme zaznamenat např. v rostoucím vytváření bezbariérového prostředí, což je ovšem jev namířený na všechny skupiny osob se zdravotním postižením. Předmět surdopedické intervence je tak v současné době rozsáhlejší než dříve – proč tomu tak je naznačují výše popsané skutečnosti, ke kterým patří dále velká heterogenita celé skupiny osob se sluchovým postižením. Akceptací znakového jazyka a komunity Neslyšících², rozmachem kochleárních implantátů atd. přibývají do pomyslně nadřazeného pojmu „osoby se sluchovým postižením“ další souřadné termíny, které mají za úkol – oproti minulosti – konkretizovat jednotlivé „podskupiny“ těchto osob. Tyto skupiny pak mnohdy existují „vedle sebe“ a kladou důraz na své vzájemné

² Pro účely této práce je používán termín Neslyšící s velkým N tam, kde hovoříme o jazykové a kulturní menšině. Nadřazený pojem pro všechny neslyšící osoby bez ohledu na jejich příslušnost/nepříslušnost k minoritě je psán s malým n.

oddělování a respektování své svébytnosti. Tím vším se role a obsah surdopedického působení značně rozšiřuje, pro nezainteresované osoby až komplikuje. Tato speciálněpedagogická disciplína proto z podstaty svého současného odborného nastavení potřebuje znát poznatky a ukazatele, které ji umožní komplexnější zhodnocení jevů, vyskytujících se (nejen) u dospělých osob se sluchovým postižením. V souvislosti s tématem této práce se lze domnívat, že ztráta sluchu sama o sobě představuje jev, který se v menší či větší míře promítá do kvality života osob s tímto postižením. Míra, do jaké se tak bude dít, je přitom závislá na mnoha vzájemně se ovlivňujících faktorech a lze ji předem jen velmi těžko stanovit. Ozřejmění kvality života u této heterogenní skupiny osob a popis jevů, které tuto oblast ovlivňují, jsou cílem této dizertační práce.

Výzkumný záměr byl realizován pomocí kvantitativní a kvalitativní části s důrazem na využití dvou výzkumných dotazníků. Kvalitativní část, která proběhla pomocí volného písemného vyjádření probandů, hledá odpověď na otázku, co si dotyční představují pod pojmem kvalitní život? V souvislosti s výše zmíněnou problematikou nejednotnosti skupin osob se sluchovým postižením jsme se snažili v maximální možné míře připravit šetření tak, aby vyhovovalo všem zúčastněným skupinám. Ve spojitosti s tematickým záměrem této práce dodáváme, že vychází z diplomního výzkumu autorky, uskutečněného v roce 2013. Tato diplomová práce také představuje prvotní koncepční nástin dizertačního výzkumu. Z tohoto důvodu je v textu na diplomovou práci místy odkazováno.

Na závěr úvodní části můžeme zmínit výrok, který dle našeho mínění (i přes jistou radikálnost) alespoň částečně vystihuje, jakým způsobem sluchové postižení zasahuje do každodenního života člověka – a tím i do jeho prožívání kvality života:

„Deafness is an on-going fight and whoever says it's not is lying and doesn't want to recognize it. Information doesn't come to you, you have to go looking for it.“ (sic)³ (Canet in Koutská, 2014, s. 24, sek. Taylor a Darby, 2003).

³ Citace pramenů v anglickém jazyce uvádíme v textu práce v českém překladu autorky. Pouze zde pro přesné zachování jazykových nuancí a celkové vyznění ponecháváme také originální verzi. Tvzení lze přeložit jako: Hluchota je trvající boj a kdo říká že ne, lže a nechce to uznat. Informace k vám nepřicházejí, musíte je jít hledat.

2 Kvalita života

Z hlediska počátku historického výskytu můžeme předstupu kvality života nalézt již u Aristotela v jeho *Etice Nikomachově* (Heřmanová, 2012). Dílo se soustředilo na zkoumání otázky, *jak by měl člověk nejlépe žít?* O Aristotelovi se zmiňuje i Megone (in Rapley, 2003), který doplňuje filozofovu otázku o jeho další konstatování, že dobrý život spočívá v naplnění účelu lidského bytí. Thompson (in Dragomirecká, 2007, s. 23) dodává, že v kontextu Aristotelových myšlenek je „... *ideálem racionální, vyrovnaný a nezávislý člověk, který žije dobrý život*“. Na úvahy o dobrém životě posléze navázaly další filozofické směry. Spojení *dobrý život* v souvislosti s historickým a filozofickým vývojem představuje určitý primární pojmový základ, který tvoří důležitý původní aspekt konceptu kvality života. Dragomirecká (2007) uvádí, že spojení *kvalita života* představuje z hlediska filozofie spíše technickou stránku, zatímco spojení *dobrý život* vykazuje známky etického pojetí.

Pojem kvalita života (v anglicky psané literatuře nejčastěji Quality of Life, dále jen QOL) se v odborných textech vyskytuje již zhruba od 20. let minulého století (Ludíková, 2014). Ačkoli Heřmanová (2012) uvádí, že se odborná literatura nemůže shodnout na časovém počátku výzkumu tohoto pojmu, můžeme vycházet z hromadněji uváděné premise, která zmiňuje počáteční používání termínu kvalita života v podobném kontextu, jak ho chápeme dnes, právě do zmíněné doby před zhruba sto lety. Tehdejší chápání kvality života bylo dáváno do souvislosti s úvahami o ekonomickém rozvoji státu a „... *podpoře nižších sociálních vrstev*“ (Heřmanová, 2012, s. 13). Vaňurová (2007) zde dodává, že přímo spojení *kvalita života* poprvé zmiňuje A.C. Pigou právě v souvislosti s ekonomikou a zmíněnou podporou státu. V té době se však jeho práce nesetkala s patřičným ohlasem, a tak se pojem začal více užívat až po 2. světové válce. O dekádu později – tedy koncem 30. let 20. století – se zavádí pojem kvalita života také do psychologie na základě díla E.L. Thorndika⁴ (Heřmanová, 2012). Prudší a souvislejší rozvoj pojmu nastal zhruba v 50. letech, zpočátku zejména ve Spojených státech. Teprve poté se termín stává zřetelnějším předmětem medicínské oblasti (Dragomirecká, Škoda in Heřmanová, 2012). Rapley (2003) dodává, že v USA se QOL ve své „modernější formě“ dostal více do podvědomí v roce 1964, kdy ho v souvislosti s národní prosperitou použil prezident Lyndon Johnson. V projevu tohoto státníka bylo řečeno, „...že „*sociální cíle nelze měřit podle velikosti našeho bankovního konta. Mohou být měřeny pouze kvalitou života, který naši lidé vedou*“ (Cummins in Rapley, 2003, s.

⁴ Edward Lee Thorndike (1874-1949), americký psycholog,

4). V tomto tvrzení je také patrný odklon ve vnímání obsahu tohoto pojmu – od finanční a materiální stránky směrem k subjektivnímu vnímání každého jedince. V souvislosti se zmíněným L. Johnsonem mělo jít zejména o změnu image amerického způsobu života, zbavení ho negativních prvků (např. vykořisťování, problematického postoje k menšinám atd.) a naopak podpoření vzájemné spolupráce a úcty, včetně pomoci rozvojovým zemím. (Heřmanová, 2012).

V následujících desetiletích se odkazy na koncept kvality života začali zřetelněji promítat do politické sféry. 70. léta se vyznačovala prvními komplexnějšími výzkumy QOL. K této situaci vedlo zvyšující se materiální bohatství západních států, zejména pak USA. Společně s tím se však stále zřetelněji projevoval příklon ke konzumnímu způsobu života a posléze k tzv. konzumerismu (Heřmanová, 2012).⁵ V tomto desetiletí se rovněž objevuje první využití QOL pro výzkum v sociologické oblasti (ibidem). Zhruba stejné časové vymezení zde uvádí i Rapley (2003). Ten podotýká, že z hlediska veřejného života a sociálních věd se koncept QOL začal rutinně používat kolem 60. let minulého století. Noll (in Rapley, 2003) charakterizuje „zrod konceptu QOL“ jako alternativu ke stále více diskutabilnějšímu jevu „blahobytné společnosti“ a dodává, že QOL představuje také více komplexní a multidimenzionální cíl sociálního rozvoje. Do protikladu s rostoucím materialistickým bohatstvím a prosperitou obyvatelstva je dáváno tvrzení, které bychom přeneseně mohli charakterizovat jako *nepřímou úměru*. Poukazuje na to např. Hnilicová (in Heřmanová, 2012) – ve stručnosti jde o to, že zlepšení či růst sociálních a ekonomických podmínek života obyvatel, a naplnění základních biologických předpokladů žití, představuje v rámci hodnocení QOL důležitost pouze do určité míry. Tou je obvykle označena hranice chudoby. Poté nastává příklon směrem k dalším hodnotovým kategoriím z oblasti subjektivního vnímání. Zde už se do celkového pojetí promítají individuální faktory, typické pro osobnostní pojetí této části kvality života. Pacione (in Heřmanová, 2012, s. 55) v tomto případě hovoří o tzv. *paradoxu blahobyti*. Vyjadřuje tím již výše zmíněné tvrzení, že „... *spokojenost se životem není přímo úměrná a neroste v čase přímo úměrně se vzrůstem bohatství či materiálního zabezpečení.*“ Zde je důležité podotknout, že souvislost s kvalitou života a vyspělostí ekonomiky státu přeci jen existuje. Obyvatelé ekonomicky vyspělejších zemí vykazují větší míru spokojenosti než obyvatelé zemí méně vyspělých. Stále ale platí, že od určité hranice finančního zabezpečení se důležitost objektivní úrovně zmenšuje a lidé se

⁵ Konzumerismus je dle Maříkové, Petrušky a Vodákové (in Heřmanová, 2012, s. 14) možno definovat jako: „... *tendenci ke konzumnímu způsobu života spojenou s přeceňováním významu spotřeby hmotných statků, vyúsťující až ve spotřebu pro spotřebu.*“

příklánějí k subjektivnímu náhledu na svůj život. Ekonomický rozmach také vedl k poznání, že tento jev s sebou nepřináší jen pozitivní, ale i negativní jevy. Mičánková (2012) zmiňuje např. zhoršení životního prostředí (omezení přírodních zdrojů a znečištění životního prostředí), sociální problematiky (vzrůstající nerovnost sociálních vrstev) nebo ekonomické problémy. Také tento aspekt se posléze promítl do náhledu na měření a hodnocení QOL. O faktorech, které se promítají do subjektivního a objektivního hodnocení kvality života bude pojednáno dále v textu.

K výše uvedenému období 70. let se také váže provedení prvního výzkumu kvality života, provedeného v rámci celých Spojených států. Tento výzkum měl, jak uvádí Murgaš (in Heřmanová, 2012) pomoci identifikovat ty subjektivní indikátory, které v rámci výzkumu QOL lidé sami používají k popisu svého vlastního života. Po dalším odborném doplnění byly výsledky tohoto šetření publikovány pod názvem *The Quality of American Life*⁶ (Heřmanová, 2012, srov. např. Kováč, 2001). Podstatný přínos provedeného výzkumu spočíval v závěru, že socioekonomické podmínky a biologické jevy lidské existence jsou pro celkové hodnocení QOL významné jen v omezeném rozsahu. Podstatnější je subjektivní vnímání jedincovy kvality života zejména z hlediska emocí a kognitivního hodnocení. Dalším důležitým aspektem bylo zjištění, že ani biologické zdraví nemusí být s pozitivním vnímáním QOL v přímé úměře (Heřmanová, 2012). Zmíněné jevy jsou podstatné pro uchopení hodnocení tohoto konceptu tak, jak ho vnímáme v dnešní době. Zároveň to bylo také období 70. let, kdy začaly vycházet komplexnější publikace se záměrem jasněji definovat a popsat široký pojem QOL. Z hlediska odborníků se jevilo jako problematické jasně stanovit, co má pojem *kvalita života* obsahovat. Určitá nejednotnost v této oblasti panuje dodnes.

První faktory, které mají mít vliv na kvalitu života, vymezil W. Forrester. Jedná se o náhled, počítající s ekonomickou a objektivně změřitelnou rovinou:

- zabezpečení potravinami,
- finance zabezpečující životní standard,
- stav znečištění životního prostředí,
- hodnota růstu počtu obyvatel (Kula, 2006, s.17, srov. např. Hradilová, 2013).

V roce 1974 přichází Evropská komise Organizace spojených národů (dále jen OSN) s osmi skupinami indikátorů, které mají ovlivňovat kvalitu života. Patří sem:

⁶ Kvalita amerického života – pozn. autorky.

- zdraví,
- kvalita pracovního prostředí,
- nákup zboží a služeb,
- možnosti trávení volného času,
- pocit sociální jistoty,
- možnosti rozvoje osobnosti,
- fyzikální kvalita životního prostředí,
- možnosti účasti na společenském životě. (Kula, 2006, s. 17-18, srov. např. Vaďurová, 2007, Heřmanová, 2012).

Heřmanová (2012) zmiňuje konec 70. let jako období, během kterého lze pozorovat odklon od ekonomických a sociálních ukazatelů⁷. QOL začíná být hodnocena na základě životního stylu obyvatel. Heřmanová (2012) i Vaďurová (2007) poukazují na založení vědeckého časopisu *Social Indicator Research*⁸ jako na významný počín z hlediska rozvoje výzkumu QOL. Časopis byl založen v roce 1974 a řešil také stanovení indikátorů, které kvalitu života ovlivňují. V 80. letech pak s tímto termínem začíná pracovat i sociální psychiatrie. Do druhé poloviny 90. let se však pojem stále vyznačoval spíše převažující tendencí k objektivnímu hodnocení. Od této doby však lze pozorovat rostoucí tendenci k příklonu směrem k subjektivnímu hodnocení kvality života. V odborné literatuře však panuje shoda v názoru, že objektivní ukazatele QOL je třeba do osobního hodnocení dotyčného člověka či skupiny osob také zahrnout. V kontextu tohoto zjištění se začaly uplatňovat modely hodnocení, které v sobě mnohdy zahrnují oblasti spadající do obou zmíněných rovin – tedy subjektivní i objektivní. Heřmanová (2012, s. 17) k tomu opět podotýká, že v rámci dnešního výzkumu je pozornost věnována převážně subjektivním indikátorům, a to zejména třem oblastem:

1. Celkové spokojenosti se životem,

⁷ V odborné literatuře můžeme narazit na určitou terminologickou nejednotnost z hlediska pojmů, týkajících se teoretického vymezení QOL. Pro upřesnění lze říci, že pojem ukazatel v kontextu popisu jevů, které kvalitu života ovlivňují, lze též nahradit pojmem indikátor. Rovněž termín doména lze synonymicky nahradit slovem oblast.

⁸ Výzkum sociálních indikátorů, pozn. autorky.

2. spokojenosti s dílčími oblastmi života (rodina práce, bydlení, možnost seberealizace, sociální vazby či společenské uznání),
3. hledání nejvýznamnějších faktorů, které podmiňují subjektivní pocit z kvalitního a smysluplného života.

Jak již bylo nastíněno, je zřejmé, že objektivní ukazatele a hodnocení mají v celkové koncepci QOL své nezastupitelné místo. Jsou používány (nejen) k možnosti vzájemného porovnání životních podmínek v jednotlivých státech, městech, regionech a dalších územních celcích, a to jak v rámci tuzemské, tak i mezinárodní úrovně. Jedním ze známých nástrojů je v této oblasti tzv. Index lidského rozvoje (Human Development Index), který od roku 1990 používá ve svém každoročním hodnocení OSN (Heřmanová, 2012). Tento Index, poprvé použitý v roce 1975, srovnává základní znaky lidského rozvoje z hlediska dosažené životní úrovně. Jedná se o očekávanou délku života, přístup ke vzdělání a životní standard. Aktuálně hodnotí 185 členských států OSN. Vařšurová (2007) zmiňuje, že z proběhlých výzkumů, které autorka citovala, je patrné, že subjektivní a objektivní ukazatele mohou poskytovat ve výsledku různá data, platí ale, že v celkovém zhodnocení jsou oba tyto ukazatele nepostradatelné, což je aktuálně platný výzkumný trend. Land (in Rapley, 2003) v roce 2000 rozlišil oblast **subjektivních a objektivních ukazatelů** QOL na tři typy sociálních indikátorů, které spadají do oblasti těchto dvou pojmů a ovlivňují je. Jedná se o: rozlišení (jednotlivých) indikátorů, popis sociálních indikátorů a životní spokojenosti a/nebo indikátorů štěstí.

Primární rozdíly mezi subjektivní a objektivní úrovní kvality života je možné pro přehlednost shrnout v následující tabulce. Zmíněny jsou základní charakteristické rozdíly:

Objektivní ukazatele	Subjektivní ukazatele
Konkrétní, dobře měřitelné, snadno srovnatelné	Více abstraktní, hůře měřitelné, nesnadně srovnatelné
Z hlediska zkoumání vývojově starší, méně citlivé	Z hlediska zkoumání vývojově mladší, značně citlivé
Porovnatelné životní podmínky (např. mzda, zdravotní péče, dostupnost služeb a bydlení, přírodní prostředí, možnosti pracovního uplatnění atd.)	Zásadní vliv hodnotové orientace člověka, promítá se oblast životní spokojenosti, pocity štěstí, uznání, sebereflexe, sebeúcty, možnost osobního rozvoje atd.

Dosažená životní úroveň (míra materiálního bohatství či chudoby)	Ovlivnění skrz sociodemografické statistiky (věk, pohlaví, životní zkušenosti, úroveň vzdělání, typ pracovního zaměření, vliv generačně odlišných nároků, typ osobnosti atd.)
--	---

Tabulka 1 (vytvořená autorkou, ukazatele volně převzaty z Heřmanové, 2012)

Mičánková (2012, s. 27) u subjektivních přístupů ke kvalitě života poukazuje na tzv. *Raphaelovu teorii – Being, Belonging and Becoming*. Jedná se o koncept, který by se dal v překladu charakterizovat jako bytí, někam patřit a (možnost) osobní realizace. Podle tohoto předpokladu můžeme zmínit, že „...kvalita života je souhra toho, kdo jsme po osobnostní i fyziologické stránce, jak zapadáme do svého prostředí a jaké aktivity podnikáme k sebevyjádření a seberozvoji“ (Phillips in Mičánková, ibidem). Jedná se tedy o poměrně široký přístup, který bere v potaz komplexnost kvality života jakožto konceptu. Autorka dále podotýká, že se jedná o přístup, který je výrazněji zaměřený na individualitu dotyčného. Jeho výhodou je, že se dá použít na kohokoli bez ohledu na např. zdravotní stav a je vhodný pro přímé empirické využití. Pro upřesnění uvádíme příklady jednotlivých domén dle Raphaela tak, jak je přejímá Mičánková (ibidem, s. 27):

- **Being:** fyzické a mentální zdraví, osobní hodnoty, city atd.
- **Belonging:** domov, práce, škola, rodina, přátelé, zaměstnání, finanční příjmy, sociální služby atd.
- **Becoming:** denní aktivity, volný čas, osobnostní růst či adaptace na změnu atd.

Nejhůře výzkumně zjištělná je již zmíněná subjektivní rovina. Dle Heřmanové (2012) se výzkumníci setkávají v této oblasti s neochotou dotazovaných odpovídat na otázky, studem či s problematickou mírou příslušné sebereflexe. Diskutabilní je zde také faktor pravdivosti – tedy do jaké míry je respondent v rámci svých odpovědí vědomě upřímný. Je zde patrná problematika *hodnotové orientace* – konkrétněji oblast individuálních a společenských hodnot. Hodnotový systém každého jedince je dle Vávry (in Heřmanová, 2012) nejednoznačně uchopitelný a tyto hodnoty také nelze jednoduše popsat. Jisté ale je, že hodnotová orientace člověka je opět jevem individuálním a může se v kontextu času měnit – stejně jako celé hodnocení QOL. Autor dále v roce 2007 poukazoval na existenci zhruba 30 významných definic, do kterých se promítá heterogenita hodnotové orientace a dodával, že je lepší se s tímto stavem smířit než se snažit tuto pluralitu nějakým způsobem sjednotit. Na

otázku, co to jsou – v kontextu s kvalitou života – hodnoty, odpovídal již zmíněný Vávra tak, že jde o „...*přesvědčení o žádoucích cílech v životě*...“ (Vávra in Heřmanová, 2012, s. 49). Soustava hodnot reprezentuje určité předurčení životních postojů, stylu, morálky či názorů... Představuje také základ pro jedincovo jednání, pro jeho ospraveditelnost. A konečně, zastávané hodnoty tvoří jednu ze základních složek každé lidské kultury. To také znamená, že hodnotový systém není pro všechny světové kultury stejný. Z tohoto poznatku plyne i nutnost zohlednit při posuzování QOL kulturní prostředí, ze kterého daný proband pochází. Výzkumníci se shodují na tom, že vnímání kvality života z individuálního pohledu člověka je v zásadě kulturně podmíněné (Heřmanová, 2012). To značí, že v rámci výzkumu musíme mít na paměti specifické kulturní normy každé společnosti. Co je žádoucí a běžné v jednom společenství, může být až neakceptovatelné ve společenství druhém.

Vzhledem k celkovému rozsahu a multidimenzionalitě popisované problematiky je kvalitu života a celkový popis tohoto jevu obtížné stručně shrnout. Existence tisíců odborných publikací a článků na toto téma z různých částí světa prakticky neumožňuje do rozsahu této práce zařadit takový odborný výklad, který by pokrýval tuto problematiku celostně. Zaměřili jsme se proto na stěžejní poznatky, které jsou důležité a pro přehledné uchopení naší práce nezbytné.

2.1 Vývoj a definice pojmů QOL a well-being

Ve spojitosti s předchozí částí kapitoly je patrné, že stejně tak jako je termín QOL chápán či popisován různými vědními obory nejednotně, je složité (ne-li nemožné) nalézt jednu univerzálně platnou definici, která by vyjádřila a pojala vše, co tento koncept obsahuje. Dragomirecká (2007, s. 22) se v tomto bodě vyjadřuje mírně kriticky „... *Co to (QOL – pozn. autorky) vlastně je, jaké je její vymezení, se většinou odbývá standardně využívaným tvrzením o nejednoznačnosti pojmu, desítkách definic a „vícedimenzionalnosti“ tohoto pojmu.*“ Dále dodává vlastní postřeh o tom, že kvalita života se pohybuje někde mezi životní úrovní a pocitem spokojenosti (srov. např. Heřmanová, 2012). Je však na místě k uvedenému tvrzení podotknout, že prostřednictvím analýzy odborné literatury lze jen velmi obtížně určit, která definice či charakteristika QOL by měla být „ta správná“. Následkem toho je patrně právě výše citované „odbytí“ vymezení, které si autoři „předávají“ mezi sebou a o tomto jevu (existence velkého množství definic a konceptů) se zmiňují napříč spektrem svých odborností již mnoho let. Heřmanová (2012) popisuje průzkum, který mezi lety 1995-2005 provedla Galloway. Ta na základě výzkumu tehdejší publikované odborné literatury potvrdila nejen to,

co jsme zmínili již výše, ale dodala také, že mnoho prací – zejména z lékařské oblasti – žádnou definici neobsahuje. K medicínskému odvětví dodává Heřmanová (ibidem, s. 32) jako jednu z možných nejstarší definic QOL tzv. definici zdraví od Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO), která uvádí, že „*Zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody (well-being).*“ Vadňurová (2007) cituje Krivohlavého a jeho námitky proti této definici. Autorovi podle ní vadí, že WHO nezohlednila ve svém pojetí oblast duchovního zdraví.

Dále také platí, že definice mohou být spíše obecného rázu, nebo naopak zaměřené konkrétně na ten aspekt QOL, kterému se daná oblast věnuje. Přehledněji je možné **systém** těchto **definic rozdělit následujícím způsobem:**

- a) individuální x kolektivní
- b) obecné x zaměřené
- c) komponentní x kombinované

(seřazeno a charakterizováno autorkou práce dle Heřmanové, 2012, sek. Galloway, Farquhar, ibidem)

Individuální x kolektivní definice označují takové skupiny definic, které byly vytvořeny buď jedním odborníkem, nebo skupinou odborníků, pracovních týmů či institucí.

Obecné x zaměřené definice se liší způsobem, kterým na QOL nahlíží. Obecné definice hodnotí tento koncept z globálního hlediska, jsou nejběžnější a zároveň podávají jen málo informací o dílčích složkách. Naopak zaměřené definice se soustředí na malý počet již předem vybraných dimenzí kvality života, jsou více konkrétní.

Komponentní x kombinované definice komponentní vymezení pracují s větším počtem dimenzí a udávají ty charakteristiky, které jsou potřebné pro jakékoli vyhodnocování QOL. Kombinované popisují kombinaci definic obecných a komponentních.

Z hlediska popisu či charakteristiky toho, co to kvalita života vlastně je, se můžeme v literatuře setkat s již výše zmíněným pojmem **well-being**⁹ (méně často též uváděno jako

⁹ S tímto termínem dle Heřmanové (2012) v současné době hojně operuje zejména psychologie a sociologie. Psychologické chápání pojmu pracuje se spojením human well-being, což nejvíce odpovídá již zmíněné premisi ohledně toho, jak lidé prožívají svůj život. Z pohledu psychologického může mít well-being odlišný významový nádech oproti speciálněpedagogickému pojetí. Speciální pedagogika by patrně nepřikládala tak velký význam pojům jako *štěstí* či *blaho*, ale spíše by se soustředila na celkovou životní situaci člověka – včetně jeho *spokojenosti*.

wellbeing). Tento anglický výraz ve své původní podobě většinou přebírají i čeští autoři. Překlad tohoto slova totiž není zcela jednoznačný. Uvádí se např. jako pocit osobní či celkové pohody (Gottay in Vaďurová, 2007) nebo rozvinutějším popisem jako „...stav celkové obvyklé nebo očekávané jedincovy fyzické, psychické a emocionální pohody.“ (Cella in Vaďurová, 2007). Oproti tomu Krivohlavý (2013) přemýšlí o termínu well-being jako o spokojenosti, blahu či štěstí. Někteří autoři dále pojem rozšiřují o další charakteristiky, které ho mají za úkol zpřesnit – např. fyzický well-being, emocionální, psychický, materiální atd. Heřmanová (2012) dodává svůj názor na to, co podle ní znamená termín fyzický well-being – tvrdí, že jde vlastně o zdraví. Dragomirecká (2007) podotýká, že se jedná o pojem nesoucí pozitivní význam a vyjadřující kladné emoce nebo sebehodnocení. Rapley (2003) pojednává o tomto termínu obšírněji. Zmiňuje postřehy Nolla, který charakterizoval dimenze objektivního a subjektivního well-beingu. Toto rozdělení je shrnuto v následující tabulce:

Objektivní životní podmínky	Subjektivní well-being	
	Dobry (Good)	Špatný/nepříznivý (Bad)
Dobré (Good)	Well-being	Disonance/nesoulad/neshoda (dissonance)
Špatné/nepříznivé (Bad)	Adaptace (adaptation)	Deprivace/nedostatek (deprivation)

Tabulka 2 (přeloženo autorkou, původně Zapf in Rapley, sekund. Noll, ibidem, 2003, s. 31)

Schéma znázorňuje vzájemné vztahy mezi těmito veličinami. Noll (ibidem) k uvedenému schématu poznamenal vlastní poznatky – jde o kombinaci vnějších okolností a jejich subjektivního hodnocení určitým člověkem. Zmíněny jsou zde dobré životní podmínky (tedy objektivní aspekt) a well-being (subjektivní aspekt). Termín disonance zde představuje nekonzistentní kombinaci dobrých životních podmínek a nespokojenosti – tento jev bývá někdy nazýván jako „*dilema nespokojenosti*“ (dissatisfaction dilemma). V tomto případě je tedy subjektivně hodnocená míra well-beingu nízká, ale životní podmínky dobré. Jasně je zde dle autora patrný hodnotový úsudek vycházející z premise, že ti, kdo „mají štěstí“, by také měli být spokojeni. Pojem adaptace se týká té oblasti zkoumání, kterou mnozí výzkumníci nazývají tzv. *paradoxem spokojenosti* (satisfaction paradox) nebo *paradoxem postižení/poruchy* (disability paradox). Zde je patrný nesoulad mezi vysokou mírou

subjektivního well-beingu a nepříznivými životními podmínkami. Ze současného pohledu na celkovou koncepci hodnocení kvality života (zejména u osob s určitým znevýhodněním) víme, že zdravotní stav nemusí nutně předznamenávat horší subjektivní hodnocení QOL – proto se zde používá termín paradox postižení. Prvotní předpoklad by nám totiž říkal, že nepříznivé životní podmínky a zdravotní stav automaticky předznamenávají sníženou osobní spokojenost. Tyto poznatky představovaly neshody z hlediska celkového měření – nahrávaly totiž tvrzení, že subjektivní a objektivní indikátory QOL by měly být hodnoceny odděleně, což představovalo jistý rozkol mezi jednotlivými výzkumníky.¹⁰ Autor dále v rámci tématu doplňuje, že otázka well-beingu je stále otevřená, což je charakteristika, kterou lze opět vztáhnout na celou oblast QOL (Noll in Rapley, 2003).

V rámci shrnutí bychom mohli říci, že většina autorů se ve svém vymezení termínu well-being pohybuje někde mezi životní *spokojeností/štěstím/pohodou/zdravím*, přičemž pojmy spokojenost a pohoda převládají. V rámci vzdělávací oblasti je důležité mít na zřeteli určitou významovou odlišnost psychologického a pedagogického pojetí tohoto termínu. Dragomirecká (2007) dodává českou charakteristiku termínu dle Kadlece: (Well-being opisuje jako – pozn. autorky) „... *setrvalý pocit, že je člověku dobře, prožívání pohody, štěstí a spokojenosti, přičemž tato subjektivní kritéria by měla vždy být v relativním souladu s kritérii objektivními*“ (in Dragomirecká, 2007, s. 21). Autorka také potvrzuje výše zmíněnou problematiku nejasného překladu termínu do češtiny a dodává, že zmíněný Kadlec navrhuje – a to už v roce 1991 - používat i v českém prostředí originální znění pojmu. Křivohlavý (in Vaňurová, 2007) se pozastavuje právě nad tímto aspektem – čím to, že WHO ve své (výše uvedené) definici zdraví pojem well-being (a další – např. duševní či sociální pohodu) nedefinovala? Zcela jasné vymezení totiž pojem automaticky nemá ani v anglickém jazyce. Je možné vyslovit domněnku, že pokud by WHO ve své stěžejní definici tento termín více rozvedla, předešlo by velkému množství následujících výkladů skrz jednotlivé odborníky nebo týmy odborníků? Na závěr můžeme k popisovanému termínu dodat, že v současné době vnímáme well-being jako pevnou součást konceptu kvality života.

Níže uvádíme **vybrané** definice kvality života rozdělené dle toho, zda jsou individuálního nebo kolektivního původu.

¹⁰ Zde je vhodné podotknout, že se jedná o starší rozčlenění, které je však z hlediska základního principu stále platné. Jak již bylo v textu několikrát naznačeno, neshody či rozdílné preference se v rámci hodnocení QOL objevovaly vždy a pravděpodobně se budou vyskytovat i nadále. Stejně tak jako určité „paradoxy“ patrně z hlediska vlastního hodnocení QOL jednotlivými osobami či skupinami osob.

Individuální definice:

„Pro mě, kvalita života znamená cítit se dobře a mít to, co potřebuji ke zvládnutí svého života tím nejlepším možným způsobem.“ (Groulx in Rapley, 2003, s. 49)

Woodill k tématu přistupuje relativně stručně. QOL definuje jako: *„Míru, do jaké se člověk raduje z důležitých možností svého života ... Tuto definici lze zjednodušit (do podoby, pozn. autorky) - jak dobrý je pro vás váš život? (Woodill in Rapley, 2003, s. 51)*

Heřmanová (2012) věnuje definicím ve svém díle poměrně velký prostor. Z její práce je možné citovat následující znění:

Šalgovičová mluví o QOL jako o výsledku vzájemného působení sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek, týkajících se lidského a společenského rozvoje (in Heřmanová, s. 38).

Potůček pojímá QOL jako *„... široký koncept popisující objektivní životní situaci lidí a současně jejich subjektivní vnímání této situace“ (ibidem, s. 38).*

Halečka dokonce zastává názor, *„že kvalita života jako taková neexistuje a pojem podle něj nabývá svého významu pouze tehdy, je-li vymezeno konkrétní prostředí, v němž je tato veličina měřena. Zásadní zde podle autora je využívání pojmu v kontextu otázek – jaká kvalita, kde a pro koho“ (ibidem, s. 36-37).*

Dragomirecká (2007) cituje některé z níže uvedených definic. Tato autorka také používá ve své práci vlastní tabulku s rozdělením definic QOL podle typických charakteristik jako je např. konkrétní znak QOL, výčet, měřitelná veličina atd. Celkem se jedná o pět oblastí. Vzhledem k rozsahu naší práce zde toto dělení podrobněji neuvádíme.

Napgal: *„QOL je komplexní měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění tak, jak je vnímána každým jedincem či skupinou“ (in Dragomirecká, s. 31).*

Skantze se soustředí na subjektivní stránku pojmu: *„QOL je to, jak člověk subjektivně hodnotí svou životní situaci“ (ibidem, s. 31).*

Pinkney vnímá pojem jako měřitelnou veličinu: *„QOL je hodnota života subjektivně a objektivně změřená“ (ibidem, s. 31).*

Ferrans ve svém pojetí QOL vychází z možností uspokojování: Kvalita života je *„... jedincův pocit spokojenosti pramenící z pocitu uspokojení či neuspokojení v oblastech života, které jsou pro něj důležité“ (Vaňurová, 2007, s. 70)*

Jako poslední příklad individuální definice můžeme uvést mírně přenesené tvrzení Sena (in Heřmanová, 2012, s. 95): „... *Pro kvalitu života lidí jsou rozhodující věci a záležitosti, kterým se člověk věnuje a jež ovlivňují jeho život, a kombinace možností, ze kterých si člověk může volit při naplňování svého života.*“

Kolektivní definice:

WHO (přesněji skupina WHOQOL, která se v rámci této organizace zaměřuje na výzkum kvality života, viz podkapitola 2.3) definuje tento pojem jako: „*Individuální vnímání vlastní pozice v životě v kontextu té kultury a systému těch hodnot, v nichž jedinec žije. Vyjadřuje jedincův vztah k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům*“ (Heřmanová, s. 43-44). Rapley (2003) v uvedené citaci pokračuje a doplňuje ji tak o poznatek, že QOL nelze jednoduše přirovnat k pojmům jako zdravotní stav, životní spokojenost, duševní stav nebo blahobyt. Spíše jde o vícerozměrný koncept.

Centrum pro podporu zdraví University Toronto pojímá QOL z holistického pohledu jako „...*stupeň, v němž daná osoba využívá významné příležitosti ve svém životě*“ (Heřmanová, 2012, s. 43)

Evropská komise OSN pojímá kvalitu života jako: „... *nehmotné aspekty života, tj. zdraví, společenské vztahy, kvalitu přírodního prostředí, existující životní podmínky a osobní blahobyt*“ (Rifkin in Heřmanová, 2012, s. 44). V reakci na problematické uchopení konceptu QOL stanovila Komise již zmíněných osm oblastí, které mají pomoci pojem lépe uchopit. Zmíněny jsou v kapitole 2.

Na závěr této podkapitoly můžeme uvést poznatek Heřmanové (2012) týkající se definic kvality života. Autorka pro shrnutí uvádí již citované tvrzení, že jednotně uznávaná definice tohoto širokého pojmu neexistuje. Dodává, že pravděpodobně ani existovat nebude, že se v budoucnu od jejího hledání může až upustit. Oproti tomu panuje napříč odbornými kruhy již také zmíněná shoda v názoru, že QOL charakterizují dvě roviny – subjektivní a objektivní. Pro velké množství uživatelů se pojem pohybuje na rozhraní životní úrovně (zejména to platí pro politiku, ekonomii nebo geografii) a pocitem osobní spokojenosti s vlastním životem (medicína, sociologie, psychologie), (ibidem). Publikované práce jednotlivých autorů vesměs přinášejí základní shodu ve výše zmíněných aspektech QOL.

2.2 Kvalita života týkající se zdraví

V předchozí podkapitole jsme již uvedli původní definici zdraví od WHO. Tato definice byla v 90. letech minulého století odborníky, řešícími QOL v rámci této organizace, upravena takto: (Kvalita života je) „...*individuální vnímání jeho nebo její pozice v životě v kontextu kulturních a hodnotových systémů, v nichž žijí a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, normám a zájmům*“ (Heřmanová, 2012, s. 32). Víme, že zdravotní stav člověka (ať již fyzický nebo psychický) má vliv na vnímání kvality života dotyčného – a to nejen po subjektivní, ale i po objektivní stránce (ibidem). Ludíková (2014, s. 31) zde pro komplexnost přidává definici od National Institute on Disability and Rehabilitation Research, která říká: „*Být postižený neznamená být nemocný.*“ Tato jednoduchá věta vystihuje (či může vystihovat) stěžejní bod pro pochopení vnímání prožívání vlastního života osobami s postižením. Setrvalý a vyrovnaný zdravotní stav, který je sice určitým způsobem z objektivního hlediska narušen, avšak dotyčným člověkem je akceptován, nemusí automaticky vykazovat výraznější měřitelné odchylky proti intaktní populaci.

Odborný koncept QOL používá pro vyjádření zdravotního stavu a kvality života spojení **health-related quality of life** (dále jen HRQOL). Tento pojem bývá v české literatuře opět překládán mírně odlišně, patrně nejčastěji se však vyskytuje *jako kvalita života spojená se zdravím či týkající se zdraví*. Mareš, Marešová (in Řehulka et al, 2008) se zmiňují o tom, že tento termín je užší než pojem QOL. Autoři zároveň připojují přehled nejčastějších překladů termínu HRQOL, které se v naší literatuře objevují – jedná se např. o: Křivohlavý – kvalita života z hlediska zdraví, Vaďurová – týkající se zdraví, Hnilicová – ovlivněná zdravím atd. (ibidem, s. 10). Rapley (2003) k tomuto termínu připomíná jeho využitelnost na úrovni jednotlivce, skupin či celých populací. Z uvedeného je patrné, že ačkoli mezi odborníky nepanuje plná „překladová shoda“, v zásadě je význam všech českých ekvivalentů velmi podobný. Dle Vaďurové (in Pančocha, Procházková, Sayoud Solárová a kol., 2013, s. 73) má tato hodnota vystihovat „...*subjektivní prožívání zdravotního stavu a poskytované péče.*“ Dragomirecká (2007) zde zmiňuje ještě oblast funkční – tedy kondici. Nejčastěji s hodnocením HRQOL operuje medicína a další zdravotnická odvětví. V současné době se využívá široké spektrum (nejen) testových souborů, zaměřených na oblast akutního či chronického onemocnění, jejichž úkolem je zjišťovat zejména subjektivní stav pacientů, dopad léčby na fyzický a psychický stav člověka atd. Dragomirecká, Bartoňová (2006a) poukazovaly již před deseti lety na existenci více než 100 všeobecných dotazníků, hodnotících QOL. Výhodou těchto obecněji pojatých instrumentů je jejich dobrá možnost vzájemné komparace různých populací a jejich životních podmínek. Ovšem z hlediska

zdravotního postižení¹¹ – tedy stavu trvalého rázu, který se zpravidla lékařskými zákroky příliš nemění – hodnotíme spíše dlouhodobý vliv daného znevýhodnění na jedincův život a dále to, jakým způsobem zdravotní stav zasahuje do objektivní i subjektivní oblasti kvality života. Zde je na místě připomenout již zmíněný *disability paradox* (kap. 2.1). K němu se také vrací Mareš, Marešová (Řehulka, et al, 2008), kteří tento paradoxní jev zmiňují spolu se čtyřmi dalšími¹², které se v rámci HRQOL – či QOL obecně – podle výzkumníků mohou vyskytovat. Pro potřeby této práce se zaměříme na výše uvedené. Autoři popisují projevy, které jsou na první pohled v rozporu s očekávanými výsledky. Disability paradox vykazuje v rámci hodnocení dobrou či vysokou spokojenost se subjektivní kvalitou života, ačkoli zkoumaná osoba trpí nepříznivým zdravotním stavem. Je zde patrný rozpor mezi vnějším očekáváním (zdá se, že tito lidé mají z logiky věci udávat horší QOL) a osobním vnímáním dotyčného. Mareš a Marešová podotýkají, že z externího pohledu na takového člověka téměř automaticky očekáváme, že jeho život bude „méně kvalitní“. Výsledky, poukazující na to, že uvedené tvrzení neplatí vždy, se potvrdily v rámci více studií, lze tedy předpokládat, že nejde o náhodný jev. Jak je možné tuto skutečnost vysvětlit? Podle Albrechta a Devliegera (in Marešová, Mareš, 2008, s. 11) zde platí tzv. *teorie rovnováhy*. Jde o to, že „... mnozí lidé s vážnou nemocí dokáží nastolit rovnováhu mezi tělesnou, psychickou a spirituální složkou svého života. Těmto lidem pomáhá i příznivý vliv prostředí, ve kterém žijí, ať už je to prostředí přírodní nebo sociální. Naopak lidé s vážnou nemocí, kteří uvádějí špatnou kvalitu svého života, nedokázali takovou rovnováhu vytvořit a/nebo prostředí jim (k tomu, pozn. autorky) nepomáhá“. Zde můžeme opakovaně poukázat na to, že na hodnocení QOL u osob se zdravotním postižením má kromě vlastního zdravotního stavu vliv velké množství dalších indikátorů. Vesměs lze říci, že velmi záleží na individuální míře, s jakou je jedinec vyrovnán se svým zdravotním stavem, dále na míře jeho osobních očekávání, přání, úspěchů či možnostech realizace životních plánů. Z všeobecného hlediska také můžeme zmínit

¹¹ V oblasti kvality života týkající se zdraví se nejčastěji setkáváme se spojením onemocnění, nepříznivý zdravotní stav či porucha zdraví a dále se tento termín zdánlivě automaticky pojí se slovy jako léčba, zlepšování zdravotního stavu atd. V případě sluchového postižení přitom ani jeden z výše uvedených pojmů není naším prvotním ani očekávaným cílem. Ačkoli i u sluchového postižení je jistá možnost medicínského zásahu, trvalá ztráta či poškození sluchu není oblastí, ve které bychom se snažili o léčbu jako takovou. Z tohoto pohledu nemusí být odborné vymezení HRQOL pro naši problematiku zcela obsahově vyhovující, nicméně koncepční hledisko kvality života zařazuje změny ve zdravotním stavu – a tím i postižení sluchu – do této kategorie.

¹² Dále se dle Marešové a Mareše (ibidem) jedná o: paradox obtíží, které přináší úspěšná léčba, paradox pozitivních důsledků prodělaného traumatu, paradox menšinového zdraví a paradox obsažený v názvu HRQL – kvality života související se zdravím (zde jde o skutečnost, že předmětem HRQOL jsou lidé s určitým postižením či onemocněním – název však odkazuje na stav zdraví).

individuální rozdíly, které se vyskytují v povahových a osobnostních rysech člověka a posléze se promítají do způsobu jeho jednání a smýšlení o sobě samém a svém zdraví. Pokud je jedinec se svým zdravotním stavem/postižením smířen a vyrovnán, pravděpodobně tedy bude vykazovat lepší kvalitu života. C.K. Calman (in Pančocha, Procházková, Sayoud Solárová a kol., 2013, s. 74) zdůrazňuje, že „... čím menší je rozdíl mezi očekáváním jedince a tím, čeho je reálně schopen dosáhnout, tím vyšší je jeho kvalita života.“

Cummins¹³ je, jak uvádí Rapley (2003), skeptický k samotnému pojmu HRQOL včetně jeho využití pro konkrétní zdravotní stav nebo onemocnění. Tento postoj pramení z Cumminsova záměru pojmut celý koncept QOL jako globální konstrukt, zatímco kvalita života týkající se zdraví se – zejména v hodnocení lékařů – týká více praktického a dílčího zaměření. Obvykle se zde hodnotí především to, zda ten který lékařský postup přinese pacientovi identifikovatelné zvýšení kvality života. Cummins dále podotýká, že v rámci hodnocení HRQOL jsou jednotlivé proměnné zaměřeny na to, co je patologické nebo naopak na to, co je dle osoby, která se podílí na hodnocení (nejčastěji lékaře) tzv. normální. Což jsou, jak jsme již naznačili, jevy, které nemusí odpovídat subjektivnímu vnímání. Vaňurová (in Ludíková, 2014) přidává poznatek, týkající se nedostatečného zapojení osob se zdravotním postižením do tvorby výzkumných nástrojů, týkajících se HRQOL. Jinak řečeno je této části výzkumu vytýkáno, že evaluační nástroje pro osoby se specifickými potřebami tvořili osoby bez těchto potřeb. Heřmanová dále (2012) k této oblasti kvality života dodává poznatek o společenském významu – zdraví je v současné době chápáno jednak jako sociální indikátor QOL, ale stále více také jako faktor, který se bude podílet na sociálním a ekonomickém rozvoji různých regionů. Pokud zůstaneme u soudobé podoby pojmání a hodnocení kvality života týkající se zdraví, můžeme v celkové rovině sledovat tytéž dimenze, jako hodnocení obecné kvality života. Navíc se v tomto konceptu objevuje např. právě oblast týkající se fyzického stavu a léčby. Pochopitelně platí, že obě roviny – QOL a HRQOL se v mnoha hlediscích navzájem prolínají. Opět zde záleží na konkrétním výzkumném nastavení a přístupu výzkumníka či výzkumného týmu. Pro potřeby naší práce pojmáme tuto oblast jako možnou proměnnou v subjektivním i objektivním hodnocení kvality života.

¹³ Profesor Robert A. Cummins, australský psycholog, zabývající se kvalitou života na univerzitě v Melbourne patří mezi celosvětově hojně citované odborníky v této oblasti.

2.3 Kvalita života a Světová zdravotnická organizace

Ačkoli se hodnocením kvality života zabývá velké množství světových pracovišť na různých úrovních (univerzity, psychiatrické týmy, nemocnice, vládní i nevládní organizace atd.), Světová zdravotnická organizace zastává v tomto odvětví zásadní a můžeme říci i vůdčí roli. V roce 1991 dala Sekce duševního zdraví při WHO podnět k vypracování dotazníku určeného k měření kvality života. Ustanovená pracovní skupina WHOQOL byla sestavena ze zástupců 15 výzkumných center celého světa (Česká republika se nepodílela). Výsledný materiál je dnes znám pod názvem WHOQOL-100 (Heřmanová, 2012, srov. např. Dragomirecká, Bartoňová, 2006a). Testový instrument měl – v závislosti na době svého vzniku – zohlednit novější pojetí kvality života a přiklonit se k subjektivní rovině pojmu. Zásadní při vytváření bylo naplnění čtyř principů, které se během rozvoje měření a výzkumu QOL ukázaly jako nepostradatelné. Jednalo se o následující body:

1. **Komplexnost** – vyplývala z faktu, že samotné hodnocení fyzického zdraví není v případě HRQOL dostačující a je třeba připojit ukazatele pro další životní aspekty.
2. **Subjektivnost** – osoby zvenčí hodnotí kvalitu života u osob s onemocněním jako podstatně nižší než samotní pacienti. Preferovaným způsobem hodnocení je tedy sebedposouzení.
3. **Relativní důležitost** – jednotlivé oblasti lidského života mají pro jedince různý význam. Zdravotní stav, osobní vztahy, životní podmínky atd. lidé nevnímají a nehodnotí identicky. Nástroj hodnocení by tedy měl zohlednit možnost subjektivní důležitosti u jednotlivých aspektů QOL.
4. **Kulturní relevance** – nástroj by měl splňovat kritéria pro *univerzální* hodnocení napříč různými jazykovými mutacemi a kulturními prostředími.

(Dragomirecká, Bartoňová, 2006a).

WHOQOL-100 obsahuje, jak název napovídá, sto testových položek a zároveň představuje prvního zástupce v této skupině dotazníků. Vzhledem ke své délce se materiál ukázal pro praktické využití jako poměrně dlouhý. Z tohoto důvodu byla vytvořena zkrácená verze s 26 položkami, jež dostala název **WHOQOL-BREF**. V tomto zkráceném souboru byly využity ty položky, které vykazovaly nejlepší psychometrické vlastnosti. Oba dotazníky jsou určeny pro samostatné vyplnění respondentem, popř. je lze administrovat formou rozhovoru. Dragomirecká a Bartoňová (2006a, sekund. např. Rapley, 2003) poukazují na šest základních

dimenzí, které mají vliv na hodnocení QOL a tyto dimenze jsou v celé šíři zahrnuty do dotazníku WHOQOL-100. Jedná se o:

1. Fyzickou stránku (energie, únava, bolest a nepohodlí, spánek a odpočinek, mobilita, energie a únava, pracovní kapacita atd.),
2. psychickou stránku (prožívání) – představa tělesného schématu a vzhledu: negativní a pozitivní emoce, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, pozornost, duchovnost atd.,
3. stupeň samostatnosti (mobilita, každodenní činnosti, závislost na lékařské péči, práce schopnost),
4. sociální vztahy (osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita),
5. životní prostředí (finanční zdroje, svoboda, pocit fyzického bezpečí, zdraví a sociální podpora, možnost získání informací a kompetencí, fyzikální prostředí, doprava),
6. spiritualitu (religiozita, osobní přesvědčení).

Pro potřeby dotazníky WHOQOL-BREF bylo těchto šest oblastí redukováno do čtyř, které uvádí Rapley (2003): fyzické zdraví, prožívání (také označováno jako psychická stránka s představou tělesného schématu a vzhledu), sociální vztahy a (životní) prostředí. Došlo tedy k začlenění domény týkající se samostatnosti do domény fyzického zdraví a domény spiritualita do oblasti psychické stránky. Dotazník, reprezentující Instrument WHOQOL-100 v rámci výše uvedených šesti dimenzí, obsahuje tzv. 24 facet¹⁴ a jednu nespécifickou podoblast, která hodnotí celkové prožívání QOL a zdraví. Každá faceta obsahuje čtyři položky, hodnocené na pětibodové (Likertově) škále vyjadřující množství, kapacitu a frekvenci (celkem se tedy jedná o 96 položek a 4 položky spadající do „nespecifické oblasti“). Celkový počet facet však byl i pro zkrácenou verzi (BREF) zachován. Z každé facety byla v tomto případě vybrána jedna položka, která vykazovala nejlepší psychometrické vlastnosti. Celkem tak dotazník WHOQOL-BREF tvoří 24 položek, reprezentujících jednotlivé facety a dvě „obecné“ položky, vztahující se k celkovému hodnocení QOL (Dragomirecká, Bartoňová, 2006a).

Dotazníky WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF jsou primárně určeny pro dospělé osoby do 65. let věku, dotýkají se období posledních dvou týdnů před testováním a pokrývají důležité oblasti běžného života. Zároveň ale nejsou konstruovány tak, aby zahrnovaly i

¹⁴ Dragomirecká, Bartoňová (2006a) používají originální termín facet (v rámci českého jazyka i tvar faceta) pro vyjádření tzv. **podoblastí**/aspektů z důvodu neexistence vhodného českého ekvivalentu.

položky zásadní pro osoby s určitým onemocněním/postižením. Potřeby existence takového výzkumného nástroje vedly k rozhodnutí vytvořit další, specificky zaměřené, instrumenty. Byl tak zhotoven např. modul pro osoby HIV pozitivní (WHOQOL-HIV), dále modul řešící duchovní oblast (WHOQOL-SRPB – Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs¹⁵), modul pro osoby nad 60. let (WHOQOL-OLD) a instrument řešící problematiku osob s postižením – a to včetně mentálního postižení (**WHOQOL-DIS**¹⁶). WHOQOL-BREF byl již v roce 2006 dostupný ve zhruba padesáti jazykových verzích (Dragomirecká, Bartoňová, 2006a). Autorky podotýkají, že oba původní dotazníky lze použít jak u běžné populace, tak i u skupin se zdravotními potížemi. Souhrnně řečeno ale tyto instrumenty nezohledňují specifické body, které mohou určité skupiny obyvatelstva vykazovat. Test použitý v této práci – WHOQOL-BREF a DIS module – bude podrobněji popsán v kapitole 5.2 a jeho plné znění přiloženo v příloze. Použití obou hlavních testových souborů (WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF) v českém prostředí předcházelo závazný metodologický postup, určený WHO pro vytváření dalších jazykových mutací instrumentů. Tento proces popisují Dragomirecká s Bartoňovou (ibidem) jakožto zástupkyně tuzemské sekce WHOQOL. Oba tyto testové nástroje jsou standardizované pro českou populaci.

Je na místě zmínit, že ani instrument, vytvořený WHO, se mezi odborníky nevyhnul jisté kritice. Rapley (2003) v tomto bodě cituje poznatek Hagertyho, který má ke konceptu QOL od WHO následující výhrady: autoři nevyužili velké množství sesbíraných pilotních dat k tomu, aby odvodili dimenze, týkající se QOL, nýbrž použili již výše uvedených šest dimenzí, které si stanovili na počátku výzkumu. Rovněž kritizuje „neprůhlednost“ metodologického dospění ke konečnému počtu 24 facet.¹⁷ Dále zmiňuje jako nejslabší doménu sociální vztahy, což je fakt, který připouští také Dragomirecká s Bartoňovou (2006a).¹⁸ Problematické u tohoto bodu je zejména skutečnost, že velké množství odborníků se v rámci hodnocení QOL shoduje na důležitosti této oblasti pro celkové hodnocení kvality

¹⁵ Možno přeložit jako duchovnost, náboženství a osobní přesvědčení, pozn. autorky.

¹⁶ Modul WHOQOL-DIS je koncepčně svázán s původními instrumenty WHOQOL-100 nebo WHOQOL-BREF. Tyto instrumenty rozšiřuje o položky, které pokrývají oblasti důležité pro osoby s fyzickým nebo mentálním postižením.

¹⁷ Dragomirecká a Bartoňová (2006a) zmiňují, že do pilotního testování instrumentu bylo zařazeno 236 položek, které byly sdruženy do škál. Centrum v Ženevě následně mezinárodně sesbíraná data z pilotního testování redukovalo do výsledných sta položek, která vykazovala nejlepší psychometrické vlastnosti.

¹⁸ Autorky zde poukazují na „mírně nepříznivý výsledek“ pro položky týkající se sociální oblasti. Vnitřní konzistence (Cronbachovo α) se zde pohybovala mezi 0,66 až 0,83, přičemž hodnotu kolem 0,6 lze považovat za nízkou. Jako optimální je udávána hodnota kolem 0,8 a vyšší.

života u většiny lidí. K tomuto je vhodné podotknout, že podle Dragomirecké a Bartoňové (ibidem) neposkytují dotazníky WHOQOL-100 a BREF souhrnný skór nebo index kvality života, nýbrž vykazují tzv. profil QOL, který vychází z oblastí/domén, které materiál obsahuje. Tuto skutečnost je v rámci celkové interpretace výsledků důležité mít na zřeteli. Tvůrci souboru si byli vědomi, že ani přes snahu zahrnout do instrumentu různé kulturní atributy jednotlivých území/států, nemusí být zachyceny všechny aspekty, které jsou pro danou kulturu důležité. Z tohoto důvodu byla ponechána možnost přidat k dotazníku WHOQOL-100 dodatečné položky, které by řešily problematiku kulturních či národnostních položek. K zařazení těchto položek dochází na základě kvalitativního přístupu – rozhovory s odborníky a budoucími respondenty. Dragomirecká s Bartoňovou (ibidem) uvádějí, že v České republice – a potažmo ve většině Evropy – nedošlo k přidání žádných „kulturních“ položek k původnímu stopoložkovému souboru. K doplnění došlo např. v Číně. Instrumenty WHOQOL představují v současné době jedny z nejznámějších a hojně využívaných testových souborů.

2.4 Modely kvality života

Modely (a potažmo s tím i teorie) kvality života odrážejí snahu o komplexní pohled na problematiku hodnocení QOL a zároveň reflektují subjektivní a objektivní koncepce pojmu. Mičánková (2012) hovoří o tzv. smíšených přístupech a podotýká, že díky své složitosti se jedná o přístupy, které jsou jen málokdy aplikovatelné na celé populace. Heřmanová (2012, s. 87) doplňuje již naznačený poznatek, že celkový pohled na koncept kvality života... „*apriori předpokládá akceptování teze, že sociální a fyzické prostředí ovlivňuje QOL lidí v něm žijících.*“ Jak ale dále dodává dle Biagiho et al., vnější okolí nemusí působit na každého člověka stejným způsobem. Naše míra spokojenosti v určitém prostředí závisí také na subjektivním způsobu, jakým své okolí vnímáme. Modely kvality života se v situaci, kdy je termín díky multidisciplinárnímu vnímání nejednotně charakterizován napříč různými vědními obory, snaží o souhrnné pojetí a dalo by se říci ucelenost celé koncepce. Heřmanová (ibidem, s. 88) k modelům QOL připojuje stručnou charakteristiku dle složitosti jejich konstrukce. Dle toho lze **modely rozdělit na tři typy**:

1. Konceptuální model – nejméně propracované, využívají spíše jednodušších metod testování, popisují jednotlivé dimenze a vlastnosti QOL,
2. Konceptuální rámec – popisují, vysvětlují a předpovídají nejvýznamnější vztahy mezi prvky nebo dimenzemi QOL,

3. Teoretický rámec – zahrnují strukturu prvků a jejich vztahy v rámci konkrétní teorie, která se kvalitou života zabývá. Tyto modely jsou v současnosti asi nejméně prakticky využívány.

Podle Heřmanové (2012 in Hradilová, 2013) patří mezi nejznámější a nejčastěji citované modely QOL současnosti následující čtyři:

1. **Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto** – model, který je dle autorky jedním z nejčastěji citovaných, vychází z holistického pojetí se strukturováním do tří základních oblastí – být, někam patřit, realizovat se.¹⁹
2. **Model Kvality života dle Kováče** – model slovenského psychologa využívá velké množství podmínek, uváděných ve třech úrovních (všelidská, individuálně-specifická a kulturní). Tyto úrovně částečně vycházejí z Maslowovy pyramidy potřeb. Model vznikl jako reakce na koncept QOL od WHO, který se Kováčovi nejevil jako dostatečně komplexní. Do svého pojetí navíc zařadil systém individuálních hodnot, které dotyčný preferuje – včetně smyslu života jakožto směrovatele lidského chování.
3. **Model čtyř kvalit života** – odlišný model, který již od počátku počítá např. s odlišnou startovní pozicí, kterou jedinec v rámci svého života má. Pracuje s termíny jako *„životaschopnost jedince, vhodnost prostředí či užitečnost života z hlediska společnosti, komunity či lidstva“* (ibidem, s. 91). Obsahuje také oblast vlastního hodnocení života.
4. **Model kvality života pracovníků kanadské armády**²⁰ - oproti výše zmíněným modelům se jedná o strukturově jednodušší koncept. Soustředí se na pět oblastí, které jsou v rámci života armádních pracovníků pravidelně vyhodnocovány. Ve stručnosti lze říci, že se tento model primárně zaměřuje na objektivní životní ukazatele, nehodnotí však již subjektivní aspekty QOL. Podrobněji bude model popsán níže.

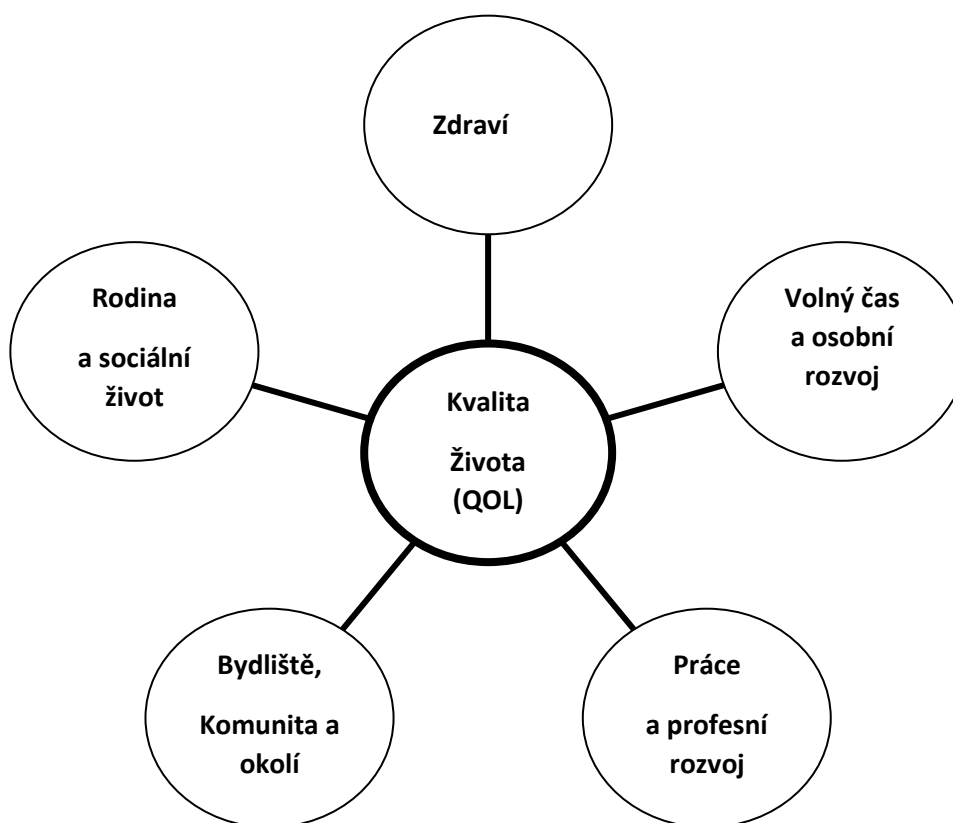
Mičánková (2012) ve své práci, zaměřené více ekonomickým směrem, zmiňuje další modely QOL, které je možné ve stručnosti představit. Jedná se např. o **Koncept QOL**

¹⁹ Jedná se o stejné oblasti, které jsme uváděli v „Raphaelově teorii“, kapitola 2.

²⁰ Poslední zmíněný model byl v upravené podobě využit jako metodický podklad pro diplomní a posléze dizertační výzkum autorky této práce.

Perceho a Feryho. Tento model pracuje s pěti uznanými dimenzemi, které se na hodnocení kvality života podílejí. Jedná se o: fyzické, materiální, sociální a emoční blaho, dále pak o lidský rozvoj a možné aktivity. Tyto dimenze odrážejí objektivní pojetí pojmu, jak ale autorka dodává, výsledek je zároveň i odrazem subjektivního hodnocení každé dimenze a potažmo QOL daným jedincem. Dle autorů tohoto modelu je kvalita života dynamickou veličinou, která se v průběhu času mění. Autorka (ibidem) dále zmiňuje **Strukturální model van Praaga**, který pojímá kvalitu života jako souhrn spokojenosti v šesti objektivně měřitelných doménách: *práce, finance, bydlení, zdraví, volný čas a prostředí* (van Praag in Mičánková, 2012, s. 36). Model vychází z celkové spokojenosti, která může být následně analyzována na spokojenost v jednotlivých doménách. Autorka dále jako poslední zmiňuje **strukturální model Maranse**, který hojně pracuje s rezidenční oblastí člověka a posléze tedy s environmentální složkou QOL. Marans přisuzuje váhu sídelnímu prostředí v kontextu se subjektivním vnímáním. A s tím také tento koncept počítá pro celkové hodnocení kvalit života. Uvedený výčet modelů, používaných pro hodnocení QOL, je pouze částečný, pro potřeby této práce byly vybrány koncepty nověji uváděné v české literatuře.

Výše zmíněný **Model pracovníků kanadské armády** (Strategic Plan for Quality of Life Improvements in the Canadian Forces) hodnotí objektivní charakteristiky lidského života a také životního způsobu – tj. zdravotní stav, pracovní podmínky a podmínky pro profesní rozvoj, možnosti a způsoby trávení volného času, a také sociální život a kvalitu sociálních vazeb člověka. Jistou nevýhodou tohoto modelu může být, že se nezabývá subjektivně řešenou životní spokojeností a „... *nezohledňuje ani hodnotovou orientaci lidí.*“ (Heřmanová, 2012 s. 90, sek. Hradilová, 2013). Tento model je v porovnání s ostatními uvedenými spíše stručný a zjednodušený, což je dáno právě tím, že je více zaměřen na vnější ukazatele. Vzhledem k existenci domén jako „rodina a sociální život“ či „volný čas a osobní rozvoj“ ovšem záleží na konkrétním způsobu, kterým bude model využit v praxi. Rovněž položka „zdraví“ zde může představovat obě roviny – subjektivní i objektivní. Při tvorbě našeho výzkumného materiálu jsme z tohoto poznatku vycházeli a zohlednili ho.

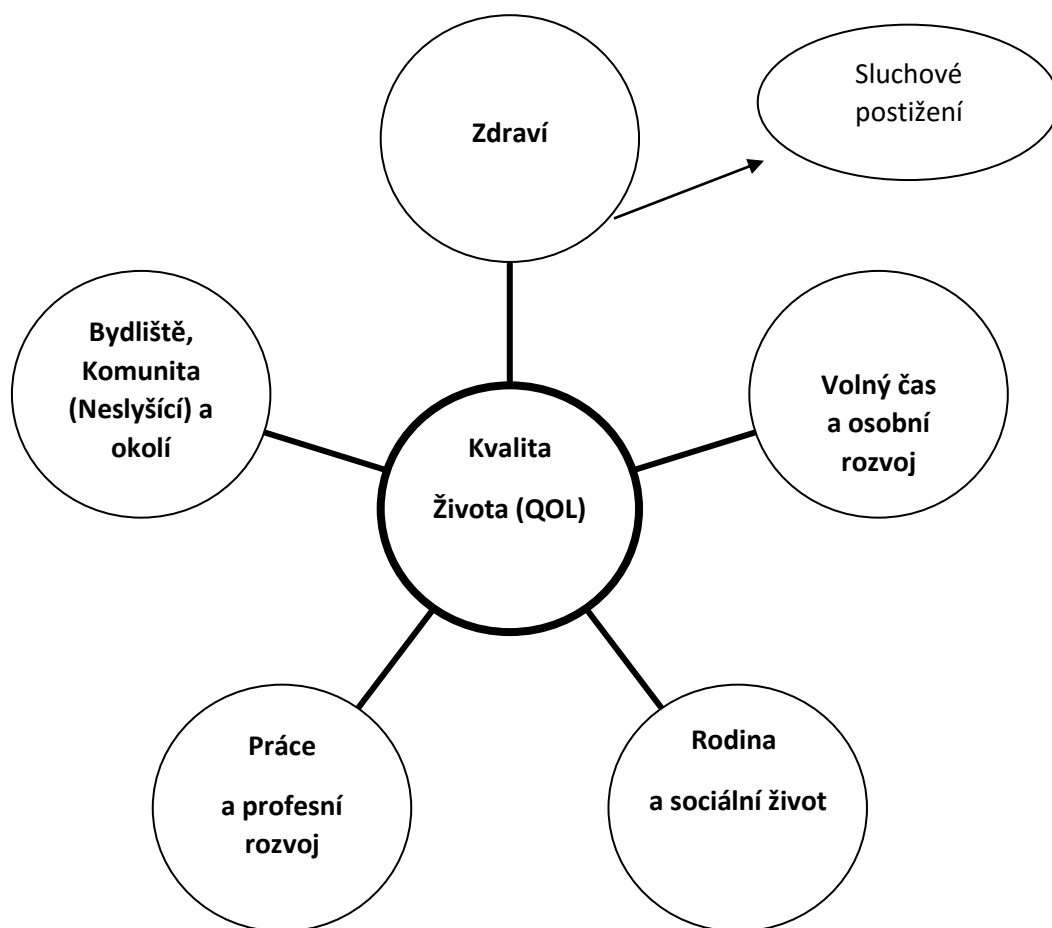


²¹ Model kvality života pracovníků kanadské armády – srov. Heřmanová, 2012, sek. Hradilová, 2013.

Obrázek 1 – Model QOL pracovníků kanadské armády

Pro potřeby a rozsah naší práce byl tento modifikován tak, aby co možná nejlépe odpovídal zvolené tématice – tedy sluchovému postižení u dospělých osob, a zároveň aby odrážel potřeby výzkumného záměru. Koncept představuje výchozí bod pro úpravu autorského dotazníku, použitého v kvantitativní části výzkumného šetření. Podrobněji bude metodika výzkumu popsána v kapitole 4. Původní úprava modelu pro potřeby diplomního výzkumu v roce 2013 se ukázala jako vyhovující, z důvodu většího rozsahu aktuálního výzkumného záměru bylo přistoupeno k návratu oblasti „Rodina a sociální život“ do prvotní podoby, jakou má v autorském modelu. Samostatná oblast „rodina“ (bez dodatku „sociální život“) byla použita pro potřeby diplomního výzkumu, kdy se z hlediska rozsahu a struktury práce jevila redukce položky jako metodologicky výhodnější. Další podoblast Neslyšící byla zařazena z důvodu možné příslušnosti části osob se sluchovým postižením k této menšinové skupině. Položku „sluchové postižení“ volně řadíme k doméně „zdraví“ s předpokladem jistého podílu této složky na subjektivním hodnocení QOL. Jak již bylo naznačeno, míra, do jaké přítomnost senzorického postižení kvalitu života ovlivní, je individuální.

²¹ Zdroj: Review of Quality of Life Project Management. Chief Review Services, Canada, 2004. Převzato a upraveno podle Svobodová in Heřmanová, 2012, s. 91., sek. Hradilová, 2013, s. 15.



Obrázek 2 - Upravený model Kvality života pracovníků kanadské armády

Důvody, které nás vedly k modifikaci výše uvedeného modelu lze shrnout následně: „Úprava modelu vychází z předpokladu, že sluchové postižení ovlivňuje přístup ke vzdělání, zvolený způsob komunikace, příslušnost jedince k majoritní či minoritní společnosti, pracovní uplatnění, možnosti profesního rozvoje a také náhled na zdravotní stav (postižení) dotyčného“ (Hradilová, 2013, s. 16).

Pokud se podíváme na současné trendy v oblasti modelů QOL, Heřmanová (2012 in Hradilová, 2013) zmiňuje rok 2007 a konání Evropského kongresu psychologie v Praze. Zde byl autory E. Olearym a M.A.Garciou-Martinem představen **Holistický dynamický model kvality života**. Zahrnuje čtyři základní oblasti existence člověka ve společnosti. Jedná se o:

- kontext a zázemí,
- prostředí,
- osobnostní charakteristiky,
- zpracování informací a regulace.

Autoři modelu kladli – vzhledem k vývojovému směru společnosti – důraz zejména na poslední oblast – tedy zpracování informací a regulaci. Koncept je dále významný tím, že jako jediný uvádí „...aktivní roli jedince při zpracování veškerých faktorů v konkrétní situaci, zohledňuje objektivní faktory prostředí i osobnostní kvality a zkušenosti“ (Heřmanová, 2012, s. 18, sek. Hradilová, 2013). Tento model také klade důraz na dynamičnost, vysokou individuálnost či subjektivnost QOL, čímž opět potvrzuje již uvedené informace o velké obsahové heterogenitě tohoto pojmu.

Představené modely a koncepty kvality života představují pouze ukázkou z celosvětové tvorby v této oblasti. Konceptně se modely snaží o co možná nejširší a nejkomplexnější vystihnutí konceptu QOL a představují důležitý bod pro praktické nastavení výzkumných šetření. Zároveň je ale třeba brát v potaz konkrétní výzkumné záměry a zohlednit, zda je případná volba konkrétního modelu pro daný výzkum vhodná.

3 Sluchové postižení

Přítomnost postižení, které postihuje jeden ze základních lidských smyslů, představuje velký zásah do integrity člověka. Dle WHO je v současnosti na světě zhruba 360 milionů lidí se sluchovým postižením, z toho 32 milionů jsou děti (WHO, 2017).²² Jedna ze tří osob v seniorském věku (nad 65 let) trpí presbyakuzií (tedy stařeckou nedoslýchavostí), více než 60 % případů ztráty sluchu v dětském věku lze předejít osvětovými akcemi v oblasti veřejného zdraví (ibidem). Z hlediska České republiky je nesnadné určit, kolik osob se sluchovým postižením na našem území žije. Patrně nejčastěji bývají v surdopedické literatuře citovány starší údaje Hrubého (1999), který uváděl přibližné počty takto: celkově zhruba 500 000 osob se sluchovým postižením (z nichž je ovšem většina osob s presbyakuzií), cca 7 300 uživatelů „znakové řeči“²³, dále kolem 15 000 osob s vrozenou či v dětství vzniklou sluchovou vadou atd. Komplexnější a přesnější informace nepřineslo ani poslední realizované Sčítání lidu, domů a bytů v roce 2011. Zde celkem 6 245 sčítaných uvedlo, že za svůj mateřský jazyk (nebo za jeden z mateřských jazyků) považují „znakovou řeč“, což svým způsobem koresponduje s Hrubého čísly. Další podrobnější údaje nebyly zjišťovány. Víme tedy, že uživatelů znakového jazyka je z celkového počtu těchto osob nejméně, naopak nejvíce je již zmiňovaných osob se stařeckou nedoslýchavostí, o které hovoříme u sluchových ztrát vzniklých nad 65. let věku – v tomto případě jde v podstatě o fyziologický proces. Patrně největší skupinu tak tvoří osoby s různým stupněm nedoslýchavosti. Za osoby nedoslýchavé přitom v kontextu rychlého vývoje moderních kompenzačních pomůcek můžeme označit i jedince s těžkou sluchovou ztrátou (audiologicky nad 80 dB)²⁴, kteří zvukové vjemy v určité míře vnímají právě díky výkonným pomůckám, bez nichž by ovšem byli označeni spíše za osoby neslyšící. Čechová (2015) podotýká, že hranice mezi označením nedoslýchavosti a hluchoty je mnohdy nejasná. Pokud bychom zůstali u modelu „porozumění“, jedná se dle autorky o hranici možnosti či již nemožnosti rozumět mluvené řeči – a to i se sluchadly či v případě, že toto porozumění není vždy 100 %. U těžších sluchových ztrát je pak tato hranice velmi tenká – některé poslechové situace ani s použitím výkonných sluchadel toto

²² WHO v tomto případě počítá ztráty sluchu u dospělých od 40 dB na lepším uchu, a to z důvodu funkčního dopadu tohoto postižení na dotyčného jedince. U dětí se jedná o hranici 30 dB.

²³ Uváděno v souvislosti s tehdejší terminologií, aktuálně bychom hovořili o znakovém jazyce.

²⁴ Fyziologii sluchu a medicínským klasifikacím není vzhledem k tématu a typu této práce věnováno v textu více prostoru. Vycházíme z premise základní surdopedické znalosti tématu čtenáře. Obecně platí, že ztráty sluchu nad 80 dB jsou odborníky charakterizovány jako těžká sluchová ztráta, dle WHO jde již o velmi těžké sluchové postižení až hluchotu. Dnešní sluchadla dokáží tuto ztrátu „zmírnit“ na nedoslýchavost.

porozumění neumožní – zvuky a hlasy jsou slyšitelné, avšak špatně identifikovatelné. Odložení kompenzačních pomůcek pak zpravidla znamená vesměs jediné – ticho. Do skupiny osob nedoslýchavých bychom mohli (s vědomím určitých specifík) zařadit i uživatele kochleárních implantátů.²⁵ Z výše uvedeného je patrné, že i pokud bychom se zaměřili čistě na skupinu osob s nedoslýchavostí, jedná se o vysoce proměnlivou část populace, u které je velmi těžké (až nevhodné) zobecňovat. To vše komplikuje snahy o poskytování co možná nejoptimálnějšího systému péče. Nemožnost stanovení „jednoduché“ a odpovídající charakteristiky často mate nejen laickou, ale i nepřímo příbuznou odbornou veřejnost.

Dalším možným diskutabilním jevem v obecné oblasti postižení sluchu je jistá terminologická roztržičnost, která na našem území panuje. Tento jev popisuje Skákalová (2016), která zmiňuje např. zúžené vnímání většinové společnosti směrem k určitému zjednodušování. Podle autorky jsou lidé s postižením sluchu hojně vnímáni jako „neslyšící“, bez vnímání významových odchylek tohoto pojmu. Ve sdělovacích prostředcích je možné se místy stále setkat se starším termínem „hluchoněmý“, který je však v aktuální terminologii již naprosto nevhodný (z anatomického hlediska navíc nepřesný, hlasové ústrojí u neslyšících osob nebývá nijak narušeno). Ještě hojnější jev výskytu vykazuje termín „znaková řeč“, ustálený původním Zákonem č. 155/1998 Sb. o znakové řeči. Tento termín v sobě z hlediska této legislativy zahrnoval dva pojmy – český znakový jazyk a znakovanou češtinu. Fungoval tedy jako nadřazený pojem oběma výše zmíněným. Ačkoli byl před téměř deseti lety novelou tohoto zákona (č. 384/2008 Sb. o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob) z legislativy zcela vypuštěn, je stále mediálně používán. Jde přitom o lingvisticky nesprávný termín, který směšuje dohromady dva obsahově rozdílné pojmy – řeč a jazyk. U uživatelů znakového jazyka a členů komunity Neslyšících je tento pojem poměrně neoblíbený. Mají pocit, že určitým způsobem „shazuje“ důležitost znakového jazyka jakožto přirozeného a svébytného jazyka, nezávislého na českém jazyce.

Populace osob se sluchovým postižením je – stejně jako další skupiny lidí s postižením – ovlivňována také postoji většinové společnosti. Postoje na tomto místě můžeme definovat např. jako „... *relativně stabilní sociální stanovisko vůči nějaké osobě, skupině nebo situaci.*“ (Kern et al, 2000, s. 266). K oblasti postojů se v odborné literatuře vyskytuje mnoho definic,

²⁵ Zde vycházíme z premise, že kochleární implantát nepředstavuje plnohodnotnou náhradu lidského sluchu. Jedná se o technicky velmi vyspělou kompenzační pomůcku, jenž však (či možná doposud) není schopna nahradit komplexní funkci vláskových buněk. Uživatel kochleárního implantátu – a zejména pokud je implantován pouze jednostranně – nemůže být označován za slyšícího. Na druhou stranu však platí, že přínos implantátu je velmi variabilní. Pokud je přístroj odložen či není funkční, jeho nositel je opět (zpravidla) neslyšící.

jejichž jádro vychází ze stejného základu – a sice hodnotícího vztahu či ustálenému způsobu nahlížení na určitou problematiku. Zmiňováno bývá také to, že postoj je ve své podstatě získáván skrze spontánní učení a dále, že souvisí s emocemi (srov. např. Skákalová, 2016). V tuzemském prostředí prošel vývoj postoje většinové společnosti k osobám s postižením – včetně politického trendu – za posledních zhruba třicet let značným vývojem. Ten je patrný také u populace osob se sluchovým postižením. Přístup intaktní populace ke spoluobčanům s nějakým typem postižení či znevýhodněním představuje důležité hledisko, promítající se do kvality života. Společenská atmosféra a způsob, jakým s námi ostatní lidé jednájí a jak k nám přistupují (včetně množství bariér ve společenském a veřejném prostředí), ovlivňuje náš pocit subjektivní spokojenosti. Patrně nejvýraznější tendencí, zaujímanou k osobám s postižením, je medicínské hledisko. To poukazuje na sluchovou vadu jako na postižení, odlišující člověka od normy (normou je slyšet, popř. mluvit). Snahou a cílem medicíny je pak náprava tohoto patologického stavu do podoby co možná největší normality.²⁶ Na druhé straně se vyskytuje pojetí kulturně antropologické, které se v surdopedické oblasti soustředí primárně na komunikační hledisko a kulturní odlišnosti, které jsou pro sluchové postižení v této oblasti typické (Skákalová, 2016). Zásadní tedy není ani tak medicínská diagnóza, stupeň sluchové ztráty či popis anatomického poškození sluchového analyzátoru, jako je důležité akceptování jinakosti zvolené komunikační formy a kulturní rozdílnosti (zde hovoříme primárně o komunitě Neslyšících). Postoje intaktní populace k osobám se sluchovým postižením dále ovlivňuje výskyt předsudků neboli v tomto případě zavádějících tvrzení. Přetrvávají zkreslené informace týkající se znakového jazyka (např. správné názvosloví – viz znaková řeč, informace o rozšířenosti, přirozenosti, univerzálnosti atd.), klasifikace osob s postižením sluchu, generalizující vlastnosti (všichni neslyšící jsou...) a konečně předsudky týkající se běžného života (Skákalová, 2016).²⁷ Převážně negativní představy většinové společnosti spojené se sluchovým postižením se také dle Freemana (in Skákalová, 2016), týkají určité neoddělitelnosti sluchového vnímání od slyšící osoby. Ta si neumí ztrátu či omezení sluchu představit a zpravidla si ji pojí pouze s negativními prvky, týkajícími se nešťastného života, chybějící radosti, úspěchů či dokonce smyslu pro humor apod. (ibidem). Je vhodné

²⁶ Normalitu v kontextu postižení popisuje Koutská (2014) z hlediska funkčnosti, v rámci které máme představu o ideální nebo optimální funkci organismu. Narušení této „normální funkce“ je pro nás patologické. Autorka dále doplňuje citaci Corkera (in Koutská, 2014, s. 20), který popisuje, že postižení se v kontextu normality stává „... derivátem, kulturním uzpůsobením, které vnucuje jako samozřejmý přirozený status 'normality'.“

²⁷ V oblasti běžného života jde nejčastěji o řízení auta, samostatné bydlení, malý přísun informací, "automatický" a komplexní přínos kompenzačních pomůcek, nemožnost péče o děti, samostatnosti apod.

podotknout, že výše popsané jevy se pojí zejména s tou částí populace, která nemá s osobami se sluchovým postižením bližší zkušenosti.

Osoby s postižením sluchu tvoří velmi variabilní a nesourodou část populace. Charakterizují je stejné individuální odlišnosti, jako osoby bez postižení. Společným „nadřazeným prvkem“ je přítomnost určitého stupně sluchové ztráty. Ta v kontextu s omezením příjmu akustických podnětů představuje větší či menší životní těžkosti. Jelikož je svět kolem nás úzce spjat se zvuky a verbální komunikací, ztráta této schopnosti může narušit celkové vnímání a hodnocení kvality života. O možných aspektech této změny vnímání pojednáváme v dalších částech textu.

3.1 Sluchové postižení v kontextu kvality života

Jak je patrné z kapitoly 2, zabývající se dimenzí kvality života, jedná se o koncept, který ovlivňuje velké množství faktorů. Z hlediska problematiky sluchového postižení je zřejmé, že dopad zdravotního stavu na subjektivní i objektivní prožívání člověka nemusí být tak významný, jak bychom při pohledu „zvenčí“ předpokládali. Hodnocení QOL u respondentů se sluchovým postižením pomocí instrumentu WHOQOL-100 provedly např. Rēklaitienė, Karpavičiūtė, Požerienė (2010). Mírnou nevýhodou jejich práce je omezený počet dotazovaných (N=10), výhodou naopak provedení stejného šetření na vzorku intaktní populace (N=14). Výsledky v souhrnu poukázaly na to, že vliv zdravotního postižení na kvalitu života není zdaleka tak významný, jako se může jevit. Autorky se také zmiňují o paradoxu postižení (viz kapitola 2.1) a opět upozorňují na schopnost osob s postižením vypořádat se se svým zdravotním stavem do té míry, že jeho narušení pro ně nepředstavuje v rámci takto provedeného výzkumu kvality života výrazně negativní prvek. Podle autorek je patrné – v souvislosti s citovaným paradoxem – že koncept QOL nelze zúžit na posouzení „fyzických nebo smyslových“ možností dotyčného, nýbrž že je úzce provázán s dalšími subjektivními faktory jako jsou např. dovednosti, přání či možnosti jejich realizace. Je však třeba dodat, že tyto závěry nelze zobecňovat. Hodnocení konceptu QOL u osob s postižením je ve všeobecném pojetí tohoto pojmu vázáno na již popisované subjektivní o objektivní determinanty.

Z objektivních ukazatelů QOL, které se mohou promítat do jejího hodnocení, je možné poukázat např. na demografické faktory (Dafydd a Kramer, 2010). Individuální prožívání postižení ovlivňují dle autorů věk, pohlaví, socioekonomický stav a environmentální aspekty. Věková struktura přitom hraje z hlediska psychosociálních otázek a dalších aspektů,

tykajících se kvality života, důležitou roli. Předpokládá se, že osoby z různých věkových kategorií budou důsledky sluchového postižení vnímat rozdílně. Autoři podotýkají, že většina odborných studií se v této oblasti týká převážně starších lidí a seniorů, u kterých je přítomna presbyakuzie. Zároveň je v tomto kontextu patrné, že osoby spadající do mladší a střední dospělosti vykazují větší psychosociální dopady svého postižení než osoby starší 65. let, což můžeme označit spíše za nepřekvapivé. Jako podstatný se zde jeví např. odlišný životní rytmus a potřeby osob s presbyakuzií a osob v produktivním věku. V tomto kontextu je tedy dobře patrné, jak se objektivní a subjektivní charakteristiky QOL navzájem ovlivňují a svým způsobem i doplňují. Socioekonomický status se dle výzkumů v oblasti sluchového postižení na objektivních aspektech QOL také znatelně podílí. Tento status bývá kromě finančního příjmu dáván do spojitosti s dosaženou úrovní vzdělání, typem zaměstnání a v námi popisovaném případě také se zdravotním stavem. Uvádí se, že nízký socioekonomický status ve spojitosti se zdravotním postižením má za následek zhoršení přístupu ke zdravotní péči (Dafydd a Kramer, 2010). Ačkoli v našem prostředí nedáváme díky systému poskytování zdravotní péče mezi tyto dva pojmy automaticky rovnítko, můžeme souhlasit s dalším aspektem, který z této problematiky dle výzkumů vyplývá – a sice, že nižší příjmy znamenají také menší využívání kompenzačních pomůcek (včetně sluchadel). Tento předpoklad bychom mohli považovat za pravděpodobný i z pohledu lokální situace, přičemž sluchadla představují vzhledem ke skladbě populace osob s postižením sluchu zřejmě nejvíce využívaný typ pomůcek. Příspěvky na sluchadla (pro vzdušné vedení) se u nás dle zákona č. 48/1997 Sb. v aktuálním znění a číselníku Veřejné zdravotní pojišťovny (pro dospělé osoby) stále pohybují v maximálních částkách okolo 5 100 Kč.²⁸ při ztrátách nad 80 dB. Nárok vzniká navíc jen jednou za pět let. Současná nejmodernější digitální sluchadla ovšem stojí 20 000 – 25 000 Kč/kus. Je přitom známo, že dražší modely obsahují více poslechových kanálů, jsou technicky na nejvyšší úrovni a přinášejí velmi dobré poslechové benefity. Rozdíl mezi příspěvkem pojišťovny a skutečnou cenou hradí klient sám. Je patrné, že u oboustranné sluchové ztráty jde o poměrně vysoké částky. Současné technologie navíc umožňují ke sluchadlům – stejně jako ke kochleárním implantátům – dokupovat další vybavení jako jsou např. ovladače poslechových programů, na které pojišťovny nic nepřispívají. Nepředpokládáme sice, že by aktuální právní úprava apriori v České republice znemožňovala využití sluchadel u většího množství osob se sluchovým postižením. Lze se však domnívat, že

²⁸ Poslední změna ve výši příspěvků na sluchadla platí od 1.4.2017. V této úpravě došlo k navýšení příspěvku pro dětské uživatele, aktuálně rozdělené do dvou kategorií (0-7 let a 7-18 let), přičemž maximální výše příspěvku činí 11 600 Kč na dvě sluchadla pro vzdušné vedení jednou za pět let.

ne všechny osoby využívají takové modely sluchadel, které by jim přinesly maximální možný užitek. V oblasti ostatních kompenzačních pomůcek (např. vibrační a světelná signalizace, zařízení pro poslech televize, telefonní zesilovač atd.) řeší situaci vyhláška č. 116/2014 Sb., týkající se příspěvků na zvláštní pomůcku. Zde je situace upravena příznivějším způsobem a aktuálně spadá do kompetence Úřadů práce. V posledních letech došlo v rámci legislativních úprav k vyškrtnutí některých starších typů pomůcek ze seznamu (např. videorekordér, fax, psací telefon atd.). Celkový příspěvek na pomůcku v uvedených případech může dosahovat až 90 % z celkové částky – zároveň však musí být dodrženo několik aspektů včetně foniatricky doložené velikosti ztráty sluchu, měsíčních příjmů žadatele atd. Tyto „doplňkové“ kompenzační pomůcky navíc nejsou pořizovány tak často, jako případná sluchadla, nejsou také tak „vytížená“ každodenním a mnohdy celodenním provozem v různých okolních podmínkách. Jejich vývoj také není technicky tak rychlý a proměnlivý, jako je tomu v oblasti sluchové protetiky. Můžeme tedy předpokládat, že tyto pomůcky vydrží delší dobu. Celková ekonomická náročnost je v tomto případě tedy nižší. Ekonomické faktory obecně představují z hlediska objektivní dimenze kvality života důležitou, ale nikoli stěžejní roli. Podstatná je i subjektivní spokojenost s vlastní finanční situací, která je u lidí v kontextu jejich potřeb rozdílná.

Jak jsme již uvedli v kapitole 2 a také v 1. podkapitole této části, kvalita života a postižení sluchu se nemusí automaticky vyznačovat „přímou úměrou“ – tedy čím větší sluchová ztráta, tím horší kvalita života. Koncept QOL představuje tak rozsáhlý a specificky dimenzovaný model, že faktory, které ho ovlivňují a vztahují se k jeho celkové podobě, nelze v rámci tohoto textu komplexně popsat. Dále víme, že osoby s postižením či znevýhodněním rovněž prezentují vysoce různorodou skupinu, která si – obecně řečeno – vytváří množství vlastních kompenzačních, adaptačních, a i copingových strategií. Mezi těmito skupinami – a potažmo i mezi jednotlivci – panují další velké rozdíly. To, jak se daná osoba vyrovnává se svým postižením a posléze tedy i jakou měrou její fyzický stav ovlivňuje kvalitu života, je opět vysoce individuální.

3.2 Osobnost člověka se sluchovým postižením

Narušení či ztráta příjmu zvukových informací pocházejících ze zdrojů v okolním prostředí osoby zpravidla předznamenává také změny promítající se do osobního prožívání dotyčného. Relativně komplikovaným aspektem této problematiky je již zmiňovaná heterogenita populace osob se sluchovým postižením. Omezení či až ztráta sluchového

vnímání jako takového je sama o sobě charakterizována poměrně velkou variabilitou. Následky – a možné projevy tohoto postižení – se do psychických a povahových rysů člověka promítají také s velkou proměnlivostí. To může představovat pro surdopedickou oblast určitý problém. Je-li třeba charakterizovat a popsat společné znaky, které populaci osob se sluchovým postižením charakterizují, hrozí „sklouznutí“ do příliš obecných či zjednodušujících tvrzení, která ale nelze plošněji uplatnit²⁹ (srov. např. Skákalová, 2016). Jak jsme již nastínili, ztráta sluchu ve své velké proměnlivosti je charakterizována také značně odlišným psychologickým a osobnostním dopadem na svého nositele. Aspekty, které v rámci ztráty či omezení příjmu zvukových informací, ovlivňují osobnost dotyčného, můžeme rozčlenit podle následujících hledisek – ty se podílejí na celkovém osobnostním „nastavení“ člověka a posléze také na způsobu, jakým dotyčný se svým postižením „nakládá“. Důraz je kladen primárně na vrozené postižení, či vzniklé v dětském věku:

- doba, kdy k postižení došlo (vrozené x získané a kdy získané)
- velikost sluchové ztráty
- vytvoření funkční komunikace (nejen s většinovou společností, ale zejména s nejbližším okolím, s rodinou)
- používaný komunikační systém (orální x vizuálně-motorický)
- přítomnost sluchového postižení u dalších členů (zejména užší) rodiny
- způsob vzdělávání (škola pro žáky se sluchovým postižením x škola hlavního vzdělávacího proudu)
- osobnostní vlastnosti dotyčného, jeho povahové založení
- osobní preference majoritní x minoritní společnosti (Neslyšící)
- vliv výchovy a rodinného prostředí, přístup rodičů
- inteligence, osobnostní nároky
- přínos kompenzačních pomůcek, jejich využívání či nevyužívání
- u postižení vrozeného či vzniklého v dětství (ve slyšící rodině) – způsob, jakým je takové dítě přijato a jak je jeho postižení v rodině bráno

²⁹ V odborné literatuře se můžeme setkat s popisem ovlivnění psychických, sociálních či osobnostních charakteristik populace osob se ztrátou sluchu. Ne vždy bývají tyto texty vhodně koncipovány tak, aby v rámci své vyváženosti pokryly širokou heterogenitu u této populace. Víme přitom, že právě značná variabilita celé surdopedické oblasti je velmi podstatná.

- individuální schopnost zvládání stresu a stresových situací, způsob využití copingových strategií
- možné bezjazyčí (srov. např. Macurová, 2008)³⁰

Je zřejmé, že do celkového osobnostního profilu člověka se v případě senzorického postižení promítá velké množství navzájem se ovlivňujících aspektů. Skákalová (2016, s. 43) k tomu podotýká, že „...postižení samo o sobě nevytváří zvláštní vlastnosti člověka.“ V určitém smyslu užší charakteristiku osobnostních rysů či projevů chování je možné zmínit u členů komunity Neslyšících, které spojují pevné společné jazykové a kulturní prvky. Literatura popisuje specifické rysy této minoritní skupiny, které se posléze mohou projevat také u jejích jednotlivých členů. Strnadová (in Skákalová, 2016) k tomu dodává, že se tato oblast týká specifických neverbálních projevů zejména uživatelů znakového jazyka (výrazná mimika, časté doteky, intenzivní zrakový kontakt atd.) Podle Kosinové (2008) se společné prvky komunity z širšího hlediska týkají např.:

- komunikačního hlediska (znakový jazyk)
- umělecké tvorby s využitím znakového jazyka, typického humoru
- příslušnosti ke kultuře a osobní hrdosti,
- pocitu sounáležitosti s komunitou
- typických zvyků, uplatňovaných v rámci komunity
- osobní identifikace dotyčného jakožto člena komunity
- niterního prožitku sluchového postižení a života ve slyšící společnosti

Dále bývá v některých odborných pramenech uváděn např. příměr týkající se určitého „boje“ s většinovou společností z hlediska nefunkční komunikace či negativního postoje slyšících ke znakovému jazyku. Tento jev může nést podobu až celkového negativistického stanoviska minority vůči majoritě. V některých případech můžeme mluvit o tzv. skupinovém egoismu, který je definován jako přílišné zdůrazňování a prosazování specifických potřeb určité skupiny lidí – v tom případě zpravidla členů komunity (Skákalová, 2016). Vnímání členů komunity Neslyšících je založeno na kulturním a subjektivním pojmání sebe sama a posléze okolního světa (Hudáková in Skákalová, 2016). Oproti tomu pojmání ostatních skupin osob se sluchovým postižením vychází spíše z medicínského hlediska a zpravidla se

³⁰ Vytvořeno a seřazeno autorkou práce.

vyznačuje větší či menší asimilační tendenci vůči intaktní populaci. Souhrnně tuto nejednotnou oblast surdopedického oboru shrnuje věta Strnadové: „...každá skupina postižených lidí má více společného s nepostiženými lidmi než spolu navzájem“ (Strnadová in Skákalová, 2016, s. 16). Z obecnějšího hlediska můžeme opět souhlasit s tvrzením Skákalové (ibidem), která poukazuje v zásadě na dva možné způsoby ovlivnění osobnosti člověka skrze zdravotní postižení. První způsob je charakterizován vzájemnou kombinací a využitelností aspektů osobnosti, které jsme ve výčtu uvedli výše. Jejich „optimální“ skladba pak má za následek, že postižení nevyvolává výraznější změny v osobnostní struktuře dotyčného. Druhý způsob naopak – ve spojitosti s často uváděnými jevy – již hovoří o specifických rysech osobnosti. Zde bývá nejčastěji zmiňován např. určitý egocentrismus, vztahovačnost, přecitlivělost, obtíže v sociálních kontaktech, snížení sebehodnocení a sebepojetí, negativismus, nedůvěra, snížená aktivita až pasivita atd. Důležité je podotknout, že na celkové hodnocení osobnosti či chování dotyčné osoby je třeba nahlížet v kontextu její životní situace. To, co se nám na první pohled může jevit jako zvláštní, specifické či zřetelně se vztahující k postižení, může pro konkrétní osobu momentálně znamenat potřebný a zcela odůvodnitelný způsob jednání (srov. např. Skákalová, 2016).

Dalším možným jevem, vztahujícím se ke ztrátě sluchu, je proměna či změna v oblasti pocitů, stavů a nálad dotyčného. V tomto případě však nejde o projevy osobnostního chování jako takového, ale jedná se spíše o momentální či přechodné stavy, pramenící z kombinace sluchového postižení a vnějších vlivů. Jde např. o: zvýšenou únavu a stres, frustraci, rozpaky, pocit zahanbení, nejistotu, vyhýbání se konkrétním společenským situacím, negativismus, občasné hněvy, snížený pocit osobní bezpečnosti atd. Popisované jevy přímo souvisí s nutností „být stále ve střehu“, zejména pokud se člověk s postižením sluchu nachází ve společnosti slyšících, kde se očekává vzájemná komunikace. Zvýšená unavitelnost je v těchto případech velmi častá. Komunikační proces bývá pro sluchově postižené zpravidla také ve znamení zvýšených stresových faktorů. Náročná jsou např. zaměstnání, kde dochází k vyššímu komunikačnímu kontaktu se slyšícími, pobyt ve vzdělávacích institucích, při hospitalizaci či delší době strávené u lékaře, jednání na úřadech, hlučné společenské akce atd. Obecněji bychom mohli říci, že všechny situace, které vyžadují delší a intenzivnější komunikační proces (zejména s cizími lidmi, ale nejen s nimi) s sebou nesou větší či menší míru stresu a únavy. Rovněž zapojení většího množství osob do komunikace představuje zátěž. Porušení sluchového vnímání může (ale nemusí) mít následek vznik zvýšené frustrační tolerance. Stále se opakující komunikační obtíže mohou v určitém spektru běžných činností postupně vyústit ve vybudování „hroší kůže“. Pro zachování psychické rovnováhy člověka je totiž podstatné

naučit se efektivně pracovat s opakujícím se vzorcem náročných situací, řešit je a zpracovat nepříjemné vedlejší jevy tohoto postižení. V případě sluchových ztrát jde právě o komunikační nezdary či bariéry, které se v interakci s majoritní populací zákonitě vyskytují a opakují. Jelikož se mnohdy jedná o každodenní jevy, dotýčný se jim může snažit určitým způsobem předcházet (např. stále se opakující situace při vyřizování běžných denních záležitostí se dají svým způsobem „naučit“, odhadnout), nebo na ně „rezignovat“ – tj. snažit se konkrétním situacím vyhýbat či je „přestat řešit“. Další případná možnost – vždy předem na svou sluchovou vadu upozornit – není u všech osob z této skupiny populace dodržována. Lze říci, že zejména osoby nedoslýchavé či s kochleárním implantátem (ale i další), kteří se snaží identifikovat spíše s majoritní populací, mají častěji nechuť veřejně své postižení deklarovat. Jako i v jiných případech, týkajících se této heterogenní skupiny, ani toto tvrzení nemůžeme uplatnit plošně. Nicméně tento jev může být podpořen i dřívější negativní osobní zkušeností s nevhodnými reakcemi okolí. Mohou také nastat situace, kdy osoba s postižením nechce apriori svůj stav neustále vysvětlovat a objasňovat neznámým lidem. Raději pak volí spíše „pasivní“ roli a nechává situaci „plynout“ – byť i ke svému možnému neprospěchu. Vzájemné komunikační „nezdary“ pak zvyšuje i fakt, že sluchové postižení není vidět a většinovou společností zpravidla tato možnost (přítomnost senzorického postižení) vůbec nenapadne.

Skákalová (2016) dále poukazuje na poznatky Freemana, který možné změny v osobnosti člověka se sluchovým postižením připisuje zejména nefunkční komunikaci trvající od dětství. Pokud neslyšící dítě vyrůstá ve slyšící rodině a nedochází k navázání optimálního komunikačního procesu, dochází k projevům frustrace. V tomto případě bývají popisované reakce jako hněv, agrese, zloba či výbuchy vzteku. Funkční komunikační proces je zásadní pro celkový rozvoj dítěte po psychické i sociální stránce. K tomuto tématu se dodává, že neslyšící rodiče se u svých neslyšících dětí s těmito jevy prakticky nesetkávají (ibidem). Komunikace je v tomto případě přirozeně a bez výraznějších „zádrhelů“ rozvíjena skrze znakový jazyk. Nepřímo s popisovanými jevy souhlasí Du Feu a Chovaz (2012), které podotýkají, že všichni dospělí lidé jsou významnou měrou ovlivňováni zkušenostmi z dětství. Vývoj jazyka a komunikace v rodině představují zásadní ovlivnění psychosociálního well-beingu u dětí a mladistvých s postižením sluchu. V kontextu uvedených poznatků je zřejmé, že osobnost lidí se sluchovým postižením bývá utvářena mnoha proměnlivými a navzájem se ovlivňujícími faktory. Ty je třeba mít při interpretaci osobnostních rysů na zřeteli. Pro úplnost můžeme stručně nastínit odchylky pozorované v psychosociálním a osobnostním vnímání u osob s vrozenou a získanou ztrátou sluchu. Udává se, že u osob se získanou vadou mohou být

psychosociální důsledky mnohem větší, než je tomu v případě vrozeného postižení. Patrně největší dopad má těžší vada vzniklá v produktivním dospělém věku, kdy způsobuje omezení sociálních kontaktů a izolaci. Dochází k obrovskému zásahu do integrity člověka. V těchto případech bývají narušeny stávající sociální vztahy, člověk přestává být členem slyšící společnosti tak, jak byl zvyklý. Zároveň tito lidé nepatří ani do komunity Neslyšících, obtížně se tedy pohybují v obou světech (Dafydd a Kramer, 2010). Podobné důsledky může mít vada vzniklá v období adolescence, kdy se navíc pojí s citlivým obdobím dospívání. Vznik sensorického postižení z předchozího stavu zdraví představuje enormní zásah do života, psychiky a well-beingu dotyčné osoby. Tyto stavy se vyznačují také vyšším rizikem vzniku osobnostních změn a psychosociálních následků.

3.3 Determinanty ovlivňující subjektivní prožívání QOL z hlediska ztráty sluchu

Jak jsme zmínili v kapitole 2, subjektivní oblast kvality života představuje v současném hodnotícím a výzkumném trendu QOL převládající část. Osobní vnímání a sebehodnocení vlastního života hraje v celkovém pocitu spokojenosti či nespokojenosti stěžejní roli. Do hodnocení těchto subjektivních aspektů spadají také některé aktivity a možnosti osobní participace dotyčného. Dafydd a Kramer (2010) poukazují na devět životních situací (stanovených WHO v roce 2001³¹) týkajících se možností osobního zapojení člověka do aktivit. Jedná se o:

1. učení a aplikace znalostí
2. všeobecné úkoly a požadavky
3. komunikaci
4. pohyblivost
5. péči o sebe
6. domácí život
7. mezilidské jednání a vztahy
8. hlavní oblasti života

³¹ Aktivity a participace z tohoto seznamu vycházejí z Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF), kterou WHO vydala ve stejném roce. Jedná se o činnosti a životní oblasti využívané k posuzování a zhodnocení dopadu zdravotního postižení.

9. komunální, sociální a občanský život

Autoři podotýkají, že sluchové postižení může narušovat zejména následující body: komunikaci, mezilidské jednání a vztahy, hlavní oblasti života a poslední bod, tedy komunální, sociální a občanský život. Je třeba dodat, že vyjmenované oblasti nemusí představovat komplexní výčet. Měli bychom mít na zřeteli, že např. osoby s presbykuzií mohou kromě vyjmenovaných oblastí pociťovat narušení i v některé z dalších nastíněných bodech – v pohyblivosti, péči o sebe atd. (ibidem). Podobný stav nastává v případě kombinovaného postižení. Tato kumulace pak může mít za následek jak pocit subjektivního zhoršení QOL, tak i promítnutí narušení těchto oblastí do objektivní roviny. V kontextu subjektivní části konceptu kvality života můžeme do této oblasti z výše uvedených aktivit zahrnout prakticky všechny zmíněné s tím, že některé (jako např. hlavní oblasti života, komunální, sociální a občanský život atd.) se prolínají s rovinou objektivní. Do subjektivního (a částečně i objektivního) pojmání QOL bychom v tomto aspektu mohli začlenit i duševní stavy a duševní onemocnění. Odborná literatura ze surdopedické oblasti zpravidla uvádí, že u této skupiny obyvatelstva lze zaznamenat vyšší výskyt psychických problémů – dle Skákalové (2016) se u sluchově postižených tyto potíže vyskytují až čtyřikrát častěji než u intaktní populace. Autorka dále cituje poznatek Ridgewaye (ibidem), který konstatuje, že u neslyšící populace je 38 % osob s psychickými obtížemi. Dafydd a Kramer (2010) s uvedenými poznatky na jednu stranu souhlasí, na druhou stranu ale dokládají existenci dalších výzkumů, které citované závěry zcela nepotvrdily. Autoři tvrdí, že mnohá průměrná skóre, získaná ze studií zkoumajících depresivní stavy či jiné psychické potíže této skupiny osob, spadají do dimenzí „normálního“ rozmezí, a naopak mnohá vykazují negativně odlišné výsledky od stanovené normy. V souhrnu je pak těžké určit onu mez pro stanovení hranice zvýšené frekvence duševních obtíží. To potvrzují i Du Feu a Chovaz (2014), které se znovu zmiňují o zvýšeném výskytu duševních problémů u jedinců se sluchovým postižením, zároveň ale dodávají, že epidemiologické studie těchto jevů bývají rozdílné. Za zmínku stojí i popisovaný výskyt možných pozitivních emocionálních reakcí, spojených se sluchovou ztrátou. Výzkumy poukázaly na nejčastější kategorii týkající se snížení poslechu nežádoucích či příliš hlasitých zvuků z okolí. Mezi dalšími uváděnými body bylo např. sebehodnocení z hlediska náhledu na vlastní zvládnutí sluchového postižení, přínos byl popisován také v oblasti seberozvoje či spoléhání na sebe sama. Jinak řečeno, sluchové postižení má u některých osob za následek intenzivnější snahu (popř. potřebu) se sám vzdělávat, rozvíjet či více spoléhat na vlastní osobu (ibidem). V hodnocení kognitivní oblasti je ztráta sluchu

popisována jako náročný proces, který vyžaduje zvýšenou míru neustálého celoživotního učení a přizpůsobování se změnám v okolí.

Své místo mají v problematice kvality života také společenské kontakty a vztahy. Surdopedická literatura u tohoto tématu často popisuje snížení četnosti sociálních vztahů, vyhýbání se společenským situacím či až praktické „stažení“ se ze společenského života (Dafydd a Kramer, 2010). K těmto jevům dotyčné osoby vede (zkušenostní) předpoklad obtížné komunikace, hlučné prostředí, nepřehlednost konverzační situace na společenské akci apod. U některých kulturních akcí (divadlo, koncerty, komentované prohlídky atd.) svou roli hraje i fakt, že si sluchově postižený návštěvník takovou akci nedokáže patřičně „vychutnat“, ocenit ji. Taková návštěva mu pak může připadat jako „ztráta času“. Zhoršení sociálního života může být patrné také v celkově sníženém množství přátelských vztahů, udávána bývá až osamělost (ibidem). Autoři dále podotýkají, že v obecné rovině jsou neslyšící ženy náchylnější k osamělosti než muži – a také, že je u nich pozorován vyšší výskyt „duševního strádání“.³² Dále byla osamělost ve větší míře pozorována u osob mladšího věku – včetně mladé a střední dospělosti (pro účely šetření se dle autorů jednalo o věkové rozmezí 20-44 let pro mladou dospělost a 44-65 pro střední dospělost). Zde je třeba mít opět na paměti velkou různorodost této populace a také individuální odlišnosti v osobnostním nastavení daného člověka. V případě komunity Neslyšících bývá naopak popisována silná soudružnost, vzájemná podpora a intenzivnější společenské kontakty (Kosinová, 2008)³³. Jedná se ale o sociální vztahy pěstované a udržované spíše v rámci této minoritní skupiny, nikoli s majoritou navzájem. Na druhou stranu můžeme uvést výsledky studií z hlediska osamělosti u osob, které byly kandidáty na kochleární implantát. V těchto případech byla potvrzena značná osamělost (ibidem). Zmínit je třeba také rodinné a partnerské aspekty. Zejména v komunitě Neslyšících bývá uváděna poměrně velká vzájemná sňatečnost či partnerství (Kosinová, 2008). Vzhledem k velikosti této minoritní skupiny bývají častěji utvářeny také páry mezinárodního charakteru. Situace u ostatních skupin osob s tímto postižením nebývá popisována takto jednoznačně. Opět velmi záleží na konkrétním jedinci. Pokud je přítomna spíše tendence o identifikaci se slyšící populací, hledají si např. osoby nedoslýchavé či s kochleárním implantátem partnera mezi slyšícími – avšak nikoli výhradně. Partnerské svazky tak pochopitelně vznikají i mezi osobami se stejným/podobným typem sluchového

³² Mezi další zřejmé rizikové faktory patří osoby bez partnera, rozvedení či vdovci/vdovy či lidé žijící sami.

³³ Intenzivnější vzájemné společenské kontakty doznávají u mladší generace Neslyšících určitého omezení, které je patrně způsobené velkým rozvojem sociálních sítí, umožňujících i důležité vizuální spojení „na dálku“. Tyto komunikační kanály svým způsobem nahrazují osobní setkávání.

postižení. Primárním „spojovacím prvkem“ bývá způsob komunikace – tedy orální nebo vizuálně-motorický, popř. různé kombinace. Lidé s nedoslýchavostí, kochleárním implantátem, popř. ohluchlí mohou (a zpravidla tomu tak je) kromě českého jazyka v jeho orální podobě ovládat také český znakový jazyk, čímž se rozšiřují jejich komunikační i sociální možnosti. V případě partnerských svazků, kde je jeden z páru se sluchovým postižením a druhý slyšící, můžeme pozorovat určité emocionální a komunikační dopady. Udáváno bývá např.:

- problém s „hladkým průběhem komunikace“, nutnost přizpůsobení komunikačního procesu, častější opakování řečeného, respektování komunikačních specifik (např. zásadní oční kontakt, přiměřená vzdálenost, osvětlení, soustředěnost, upoutání pozornosti partnera, přítomnost obou partnerů při rozhovoru v jedné místnosti atd.)
- problematika vzájemné empatie, možnosti realizace společných volnočasových aktivit (koncerty, divadlo atd.), optimální způsob komunikace v rámci společenské skupiny, společné řešení hlučných sociálních situací
- možné ovlivnění nezávislosti – potřeba pomoci v určitých situacích (telefonování), dopad na každodenní běžné aktivity, častý pocit slyšícího partnera o „nutnosti“ se přizpůsobit možnostem či způsobu života svého protějšku
- v některých případech je popisován negativní dopad také na intimní život partnerů – zejména v případě získaného postižení sluchu, ke kterému došlo již během trvání vztahu. Vlivem možného omezení komunikačního procesu dochází k narušení zvyklostí společné intimity, mění se způsob vzájemné komunikace (snižuje se možnost šeptání, využití tlumeného osvětlení či tmy, komunikace může být „více namáhavá“ atd.)

(volně uvedeno dle Dafydd a Kramer, 2010, upraveno autorkou)

Partnerské vztahy se dále vyznačují různými možnostmi volby konceptů vedoucím k přizpůsobení se sluchovému postižení zejména v rámci dalších společenských a sociálních vztahů vztahů. Častěji bývají tyto copingové strategie dávány do spojitosti se získaným postižením, kdy dochází k velké proměně v rámci již fungujícího vztahu. Ve stručnosti můžeme nastínit jejich podstatné teze, stanovené na základě výzkumů „smíšených párů“: spolupůsobení, zprostředkování, minimalizace a distancování (ibidem, s. 114-115).

1. spolupůsobení – sluchové postižení jednoho z páru není považováno za problém, dochází k vzájemnému přizpůsobení se
2. zprostředkování – do tohoto bodu spadají snahy o určitou kontrolu situace ze strany slyšícího partnera, tendence „slyšet za oba“ atd.
3. minimalizace – projevuje se určitou snahou popřít dopad sluchového postižení, prezentace páru jako by postižení nebylo přítomno
4. distancování – jeden z partnerů odmítá přistoupit na strategii minimalizace, dochází k utlumení vzájemné komunikace

Situace v rodině, kde je přítomen jeden či více členů se sluchovým postižením, bývá také spojována s řadou specifických faktorů. Dafydd a Kramer (2010) poukazují primárně na fakt, že přítomnost zdravotního postižení se netýká pouze dotyčné sluchově postižené osoby, ale že se určitým způsobem projevuje na celé rodině. Pomineme-li možný genetický základ přítomnosti sluchových vad mezi rodinnými příslušníky, můžeme se zaměřit na další významné – převážně komunikační – aspekty. Patrně nepřekvapivým, ale znepokojivým, faktem je uváděné omezení četnosti komunikace – a to zejména mezi již zmíněnými partnery, kde jeden je slyšící. Přítomnost sluchové vady v rámci slyšící rodiny může představovat zdroj frustrace a pocitu nepochopení – a to jak přímo v případě osoby s tímto postižením, tak i v případě dalších rodinných příslušníků. Je důležité si uvědomit, že do pocitů a každodenních problémů člověka s postižením se nikdo z intaktní populace nedokáže zcela vcítit. Ani osoba s určitým typem postižení se zcela nevžije do pocitů jiného člověka s postižením. Rodinné klima³⁴ může dále negativně ovlivnit způsob komunikace, který by měl (ale v tomto případě nemusí) představovat „spojovací“ prvek. Pro mnoho slyšících rodičů je zpočátku obtížné přistoupit na možný vizuálně-motorický způsob komunikace s jejich dítětem – obzvlášť, pokud s problematikou surdopedie a vad sluchu nemají žádnou předchozí zkušenost. A i pokud je komunikační proces realizován převážně orální formou, k jeho co možná největší efektivnosti je třeba respektovat řadu pravidel. Můžeme říci, že určitým způsobem se vytrácí spontaneita vzájemné komunikace. Do jak velké míry tento fakt ovlivní komunikační situaci v rodině či mezi partnery, je jev opět individuální, záležející na ochotě a zapojení všech zúčastněných.

³⁴ Čechová (2015) ve své práci popisuje osobnost dítěte se sluchovým postižením v kontextu rodinné situace. Je zde dobře patrná náročnost tohoto postižení, která se promítá do dimenze celé rodiny.

Fyziologické aspekty sluchového postižení bývají popisovány jako přítomnost úzkosti, nespavosti, svalového napětí či vyhýbavého chování tíživým sociálním (komunikačním) situacím (Dafydd a Kramer, 2010). Různá náročnost poslechových situací, zvýšená nutnost trvalého soustředění a pocit stálého či dlouhodobého napětí a stresu zákonitě vedou k pocitům přetížení a vyčerpanosti. U člověka se sluchovým postižením bývá velké množství energie a pozornosti věnováno snaze o co nejlepší porozumění, správné zvládnutí komunikační situace a podání odpovídající, vhodné, reakce. Tyto „kompenzační snahy“ vyžadují navození stavu stále bdělosti a pozornosti. Jakmile tyto slábnou, zpravidla dochází k přerušení sledovaného komunikačního procesu a tím jednak dochází ke ztrátě informací, ale také se zvyšuje riziko nesprávného pochopení komunikační situace a následné neadekvátní reakce. To s sebou znovu přináší zvýšenou míru stresu. Člověk se sluchovým postižením si je přirozeně všech těchto rizik vědom, proto se je úmyslně snaží co nejvíce eliminovat – což ale opět představuje zdroj trvalého napětí a únavy. Hétu et al (in Dafydd a Kramer, 2010) začlenil výše uvedené poznatky z hlediska sluchového postižení pod pojem *sekundární handicap*. Tyto jevy pojímá jako **nepřímý** důsledek sluchového postižení. Autoři se zmiňují také o výskytu somatizace, která souvisí s výše uvedenými aspekty. Fyzické projevy stresu a napětí v případě přítomnosti sluchového postižení popisují jako bolesti hlavy, nevolnost a brnění prstů. Studie poukazují na zvýšený výskyt těchto jevů ve srovnání s intaktní populací (Dafydd a Kramer, 2010). Opět platí, že popsané somatické projevy nebývají přítomny u všech osob. Jako přesnější se jeví dodat, že somatizace bývá přítomna spíše ve stresujících a napjatých situacích, kdy lze očekávat problémy v komunikaci a tato situace je pro dotyčného jednak důležitá, zároveň ale i nepříjemná. Předpoklad „komunikačních zádrhelů“, a z toho plynoucí pocit diskomfortu, nervozity či až studu, vede ke zvýšenému psychickému i fyzickému napětí a stresu, což se posléze projevuje právě fyzickými příznaky. Po překonání nepříjemné situace dojde k uklidnění a navození běžného psychického i tělesného stavu. Zdrojem trvalejšího napětí a např. i bolestí hlavy bývá dlouhodobá únava, pramenící z náročných komunikačních situací, stresu a intenzivního soustředění. Kompenzační strategie, vedoucí k doplnění energie a celkové regeneraci, mohou být charakteristické určitou preferencí samoty. Ta se vyznačuje „komunikačním klidem“, odpadá nutnost trvalého soustředění a dochází k celkovému uvolnění – není třeba „nic a nikoho poslouchat“.³⁵ Je otázkou, do jaké míry se dají výše popsané projevy účinně ovlivnit při zachování stávajících vzorců společenských vztahů a sociálních kontaktů dotyčného.

³⁵ Na druhou stranu přítomnost blízkých lidí – nejčastěji rodiny – se kterými se člověk cítí uvolněně, nemusí tuto regeneraci nijak narušit.

3.4 Aktuální společenská problematika osob se sluchovým postižením

Již několikrát v textu této práce zaznělo, že osoby se sluchovým postižením představují specifickou a heterogenní skupinu. I v kontextu aktuálních společenských problémů, které se promítají do každodenního života těchto lidí, můžeme očekávat velkou nejednotnost. Přesto však existuje množství styčných bodů, které se do této oblasti promítají – ať již individuálně podmíněnou větší či menší měrou. Je vhodné a důležité zdůraznit pozitivní směr, kterým se ubírá vývoj (nejen) v surdopedické, ale obecněji ve speciálněpedagogické problematice v České republice po roce 1989. Legislativní, vzdělávací, koncepční, integrační/inkluzivní, společenské a další změny patrné v přístupu ke skupinám osob znevýhodněných či jinak menšinových můžeme považovat za stěžejní a přínosné. I přesto však zůstávají oblasti, které jsou pro skupinu osob se sluchovým postižením problematické či nevyhovující. Ne vždy za těmito jevy stojí malá snaha intaktní populace poskytnout odpovídající formu podpory. Je třeba mít na zřeteli, že ke sluchové vadě se určité spektrum nekomfortních, negativních a život komplikujících faktorů v podstatě přirozeně váže a pravděpodobně není v našich možnostech je všechny uspokojivým způsobem eliminovat. Můžeme a měli bychom se ovšem snažit o co největší zmírnění dopadů sluchové vady na kvalitu života jejího nositele. Z tohoto hlediska představuje společenská a sociální oblast podstatný faktor. Skákalová (2016) poukazuje – s platností na tuzemské prostředí – **na oblasti výchovy a vzdělávání, pracovního uplatnění, systému podpůrných služeb, poskytování poradenství a účasti na společenském životě**³⁶ jakožto na aktuálně řešené oblasti, vztahující se k podmínkám běžného života. Autorka vychází mimo jiné z analýzy tzv. Bruselské a Pražské deklarace, které se přímo zaměřují na oblasti života osob se sluchovým postižením. Podotýká také, že deklarace na rozdíl od zákonných úprav nejsou právně závazné. Jedná se o dokumenty, které shrnují a popisují soudobé a lokální potřeby určitých skupin osob.³⁷

S výše zmíněnými oblastmi dle Skákalové je možné souhlasit. Výchově a vzdělávání žáků a studentů s různými typy postižení bylo v posledních dvou desetiletích v českém prostředí věnováno poměrně hodně pozornosti, čemuž odpovídá i legislativní vývoj. Ačkoli ne všechny provedené změny jsou hodnoceny pouze kladně, je patrná zvýšená snaha o

³⁶ Vzhledem k tématu naší práce se v této podkapitole zmíníme primárně o vzdělávání a pracovním uplatnění. O společenském životě, rysech osobnosti člověka s určitou ztrátou sluchu a jeho sociálních vztazích blíže pojednává kapitola 3.3. Oblast poskytování poradenství zmiňujeme – vzhledem k její šíři – s důrazem na podstatné body.

³⁷ Bruselská deklarace se soustředí na podporu znakových jazyků a jejich využití napříč státy Evropské unie. Pražská deklarace je zaměřena spíše na osoby nedoslýchavé a na zlepšení podmínek jejich každodenního života (tj. přístup k informacím, pracovní uplatnění, kvalitní zdravotní péče, způsob trávení volného času atd.)

poskytování funkčního systému vzdělávání. Z celkového pohledu je tato oblast také hojně literárně a odborně zpracovávána. Výchově, vzdělávání a potřebám žáků v rámci plnění povinné školní docházky je v oblasti surdopedie věnován poměrně velký prostor. Jako problematičtější se může jevit přístupnost škol hlavního vzdělávacího proudu pro uživatele znakového jazyka. I v tomto případě došlo (nejen) skrze Vyhlášku č. 27/2016 Sb. ke snaze o odstranění bariér v této oblasti. Úprava počítá s využitím tlumočnicků znakového jazyka ve vzdělávání těch žáků a studentů, kteří preferují komunikaci skrze tento jazyk a zároveň podporuje inkluzivní vzdělávání. Uživatelé znakového jazyka tedy mají být primárně vzdělávání ve školách spolu se slyšícími dětmi, a navíc se u nich počítá s výukou českého jazyka jakožto cizího jazyka. Domníváme se, že v současné době jde spíše o teoretický záměr, který je vzhledem k ne zcela uspokojivé situaci v oblasti tlumočnických služeb v praxi těžké adekvátně realizovat. Otázkou také zůstává, zda by se vždy jednalo o záměr zcela vhodný. Situace studentů po ukončení povinné školní docházky závisí na více faktorech, počet studijních a učebních oborů na školách určených primárně pro studenty se sluchovým postižením není příliš velký a mnohé obory jsou si minimálně koncepčně podobné. Nejčastěji se uvádí, že v České republice je v současnosti 13 škol určených pro žáky a studenty se sluchovým postižením (z toho pouze jedno gymnázium). Trend, udávající snižování množství žáků a studentů se speciálními potřebami ve speciálním školství, se dotkl i surdopedických zařízení. Nenaplnění kapacit škol má za následek proměnu skladby žáků a studentů. Školy, dříve se profilující jako určené pro „sluchově postižené“, se v současnosti v některých případech mění na školy logopedického typu (Skákalová, 2016).³⁸ To opět odráží jednak integrační a inkluzivní trend, ale např. také zvyšující se počet dětí s kochleárním implantátem. U nich bývá ještě četnější snaha o zařazení do škol hlavního vzdělávacího proudu. Rovněž v oblasti vysokého školství došlo k poměrně velkým změnám. Dobře patrný je nárůst studentů se sluchovým postižením, k čemuž přispívají jednak platné legislativní úpravy, ale také celkové klima společnosti. Vysoké školy dále poskytují komplexnější a lépe zajištěné podmínky pro studenty se speciálními potřebami, než jak tomu bylo v minulosti. Kromě uvedených kladů však celková koncepce, systém a zejména praxe vzdělávání osob se sluchovým postižením stále vykazuje nedostatky, které je třeba dále řešit.

Pracovní uplatnění představuje v životě člověka zásadní roli, která se ho zpravidla týká dlouhá desetiletí. Jedná se o proces, který přispívá k začlenění osoby do společnosti,

³⁸ Autorka zde zmiňuje např. školu v Liberci. Platí také, že tyto speciální školy mají i větší množství žáků s kombinovaným postižením.

podporuje udržování sociálních kontaktů a v neposlední míře slouží k opatření financí, potřebných k vedení uspokojivého života. U osob se zdravotním postižením tomu zpravidla není jinak, v některých případech představuje práce podstatně důležitý bod zamezující omezení sociálních kontaktů a participace na společenském životě. Zaměstnávání osob se speciálními potřebami se často vyznačuje zvýšenou mírou nezaměstnanosti. V případě sluchového postižení hovoříme – i s ohledem na kontext minulého režimu a jeho segregáčnických trendů – o problematice nižšího dosaženého vzdělání a možného odlišného komunikačního kódu (Skákalová, 2016). Toto posléze vedlo k omezené nabídce pracovních možností. Z tehdejších publikovaných pramenů víme, že např. v roce 1970 bylo v Československu pouze 5,5 % dospělých osob se sluchovým postižením s úplným středním vzděláním, vysokoškolské vzdělání mělo v témže roce pouze 0,2 % pracovníků – v případě intaktní populace pak 5,5 % osob (Hádková a Hradilová, 2016). S tím – a potažmo s neuspokojivou nabídkou tehdejších učebních a studijních oborů – souvisela také četnější fluktuace zaměstnanců. Kolem let 1973/1974 nepracovala šestina zaměstnanců se sluchovým postižením ve svém původně vystudovaném oboru (ibidem). V kontextu s uvedenými údaji je patrný zejména značný nárůst vyššího dosaženého vzdělání napříč populací osob se sluchovým postižením (viz dále kapitoly 4 a 5). Zlepšily se také možnosti profesního uplatnění a celkově způsob poskytování zaměstnanecké podpory. Soudobá situace osob se sluchovým postižením z hlediska zaměstnanosti naráží především na komunikační a informační bariéru. Problém může představovat také proměnlivost pracovního prostředí a nástroje, které k práci využíváme. Dnešní doba klade specifické nároky na komunikační proces a dovednosti, které se váží k adekvátnímu používání komunikačních prostředků. To může v případě senzorního postižení představovat určité problémy. Nejčastějším problematickým aspektem bývá nemožnost telefonovat. I přes technický pokrok ve využití informačních technologií (e-maily, SMS zprávy, komunikační programy jako Skype atd.) představuje telefonní hovor patrně stále nejvíce frekventovaných způsobů komunikace „na dálku“. Rovněž zaměstnání, kde je nutné četnější využití orální komunikace s větším množstvím osob mohou představovat problém. U uživatelů znakového jazyka pak dochází i k znevýhodnění v oblasti často se vyskytující nedostatečné znalosti českého jazyka – včetně jeho psané formy (srov. např. Skákalová, 2016). Problém se týká také úrovně čtenářské gramotnosti a funkčního využití českého jazyka vůbec. Zmíněné faktory – spolu se ztíženým procesem komunikace – přitom mohou mít negativní vliv na mínění a dojem zaměstnavatele. Posléze může docházet (a v současné praxi také dochází) k tomu, že zaměstnanci se sluchovým postižením vykonávají méně kvalifikovanou práci, než jaká odpovídá jejich

vzdělání nebo je pro ně hledání zaměstnání obtížné. Je samozřejmé, že osoby s těžším stupněm sluchové ztráty a lidé neslyšící určité spektrum profesí vykonávat nemohou. Primární otázkou ale zůstává, do jaké míry klade překážky v zaměstnávání osob s postižením společnost a její nastavení, a do jaké míry pak sluchové postižení samo o sobě.

Oblast poradenských služeb je z hlediska našeho tématu poměrně široká. Spadají sem zdravotnické, sociální, tlumočnické a další podpůrné služby. Rovněž faktory, které se podílejí na individuálním využívání těchto služeb, jsou značně široké (Skákalová, 2016). Je patrné, že výše uvedené poradenské služby jsou zásadní jednak z hlediska zdravotního stavu (medicínský kontext sluchového postižení, volba kompenzačních pomůcek, lékařské kontroly atd.), ale také z důvodu realizace optimálního komunikačního procesu (potřeby nedoslýchavých a neslyšících lidí se, jak víme, liší). Sociální oblast se zde soustředí např. na příspěvky na kompenzační pomůcky, invalidní důchody, průkazy ZTP³⁹ či na obecněji na poskytování sociálního poradenství. Mezi další podpůrné služby můžeme zařadit kariérní poradenství, právní a psychologickou pomoc, činnost spolků a organizací zaměřených na populaci se sluchovým postižením atd. (ibidem). Vlastní „kapitolu“ v této oblasti představuje poskytování poradenských služeb u rodin, dětí a žáků se sluchovým postižením. Zde Doležalová, Jandásková a Müllerová (2013) upozorňují na dvě etapy tohoto poradenského systému – první představuje raná péče, druhou pak péče speciálněpedagogická. Každá z etap je přitom realizována podle jiné legislativní úpravy a spadá do jiného resortu (sociální služby a školský systém). U dospělých osob, které jsou předmětem naší práce, se zaměřujeme primárně na prvotně uvedené oblasti, ačkoli např. andragogické aspekty zde také mají své místo. Sociální problematiku zabezpečuje primárně Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který kromě výše zmíněné rané péče řeší také další důležité sociální služby. V případě osob se sluchovým postižením je zásadní např. poskytování tlumočnických služeb (včetně simultánního přepisu), odborné sociální (a také právní) poradenství či sociálně aktivizační služby. Skákalová (2016) ve svém shrnutí upozorňuje na jistou vágnost a nejednotnost vymezení zejména tlumočnických služeb v Zákoně o sociálních službách a také v jeho prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb. To posléze může vést ke komplikovanému, a ne zcela

³⁹ Systém sociálního zabezpečení v ČR se problematiky sluchového postižení dotýká zejména v možnostech příspěvku na mobilitu, průkazu ZTP (zvláště těžké postižení), invalidních důchodů (nejčastěji v I., popř. ve II. stupni invalidity), příspěvků na zvláštní pomůcku, méně často pak příspěvku na péči. Rozhodující pro přiznání výše uvedených dávek je oboustranné těžké postižení sluchu zpravidla větší než 70 dB., včetně zhodnocení přínosu kompenzační pomůcky (sluchadla či kochleárního implantátu). Rozumění řeči bývá hodnoceno jako alespoň „minimální“. Pokles pracovní schopnosti při tónových audiometrických ztrátách v rozsahu 70-90 dB je hodnocen jako 40 %, což splňuje nároky na I. stupeň invalidního důchodu (srov. např. Skákalová, 2016).

jasnému systému financování těchto služeb. Jako nedostatečně zajištěnou můžeme označit specializované psychologické poradenství pro osoby se sluchovým postižením. Specializovanou činnost v této oblasti napříč věkovými kategoriemi poskytuje prakticky jen Centrum pro dětských sluch Tamtam, o.p.s. v Praze (ibidem). V případě sluchové vady je při poskytování těchto citlivých služeb velmi podstatné právě komunikační hledisko. Klienti se sluchovým postižením mohou primárně využívat služeb jakéhokoli odborníka z této oblasti chtějí. Z praktického hlediska je ovšem opět nutné vzít v potaz komunikační bariéry. Zejména u uživatelů znakového jazyka je svobodná volba takového odborníka problém. Z pochopitelných důvodů je při poskytování psychologické intervence problematická přítomnost tlumočníka znakového jazyka. Pokud je klientovi přítomnost třetí osoby nepříjemná, zajištění adekvátních služeb se stěžuje. Jako ideální se jeví podpora praxe takových psychologů či psychoterapeutů, kteří by ovládali znakový jazyk a zároveň chápali specifické potřeby a problémy lidí s postižením sluchu. Skákalová (2016) k tomu podotýká, že pozitivní přínos by mohlo mít studium psychologie u samotných sluchově postižených osob. Dále je patrné, že důležitost a potřebnost zajištění těchto intervenčních služeb stoupá. Jedno pražské pracoviště není v současné situaci ani zdaleka dostačující a můžeme předpokládat, že popsany stav bude nutné intenzivněji metodicky řešit. Jen okrajově můžeme zmínit Potměšilovou (in Potměšil a kol. 2010), která poukazuje na situaci u dětí. Taktéž popisuje možné komunikační bariéry (nejen) při navázání vztahu dítě/klient a psycholog. V tomto bodě zmiňuje jako přínosné využití neverbálních psychologických testů, či testů s upravenými normami pro populaci osob se sluchovým postižením (těch však není mnoho). Je třeba mít na paměti, že využití testů v rámci psychologické terapie představuje jen dílčí část celého terapeutického či intervenčního procesu. Jen s testovým materiálem si tedy odborník nevystačí, neverbální instrumenty ovšem představují vhodný dílčí krok.

Ztráta či omezení sluchových vjemů má přirozeně vliv na celou škálu oblastí týkajících se kvality života. Změny můžeme nalézt všude tam, kde je podstatné či žádoucí zapojení sluchového analyzátoru. Takových situací je v našem životě většina. A člověk jakožto tvor společenský potřebuje ke svému uspokojivému a kvalitnímu života společenský a sociální kontakt. Lidské individuální rozdíly a schopnosti naznačují (spolu s hloubkou sluchového postižení), že velikost těchto změn je velmi proměnlivá a těžko předem odhadnutelná.

4 Kvalita života osob se sluchovým postižením

Následující část dizertační práce se zabývá popisem a vyhodnocením proběhlého výzkumného šetření. Cílem práce je ozřejmění kvality života u dospělých osob se sluchovým postižením s důrazem na pokrytí subjektivní i objektivní roviny tohoto pojmu. Vzhledem k velké diverzitě kvality života a autorské snaze pokrýt co možná největší spektrum této oblasti, byl jako nejvýhodnější způsob provedení výzkumného záměru zvolen smíšený postup, provedený formou kvantitativní a kvalitativní části. Kvantitativní část šetření převládá. Následující podkapitoly se zaměřují na podrobný popis metodologie výzkumu a interpretaci získaných dat.

4.1 Teoretická východiska výzkumného záměru

Jak bylo uvedeno v teoretické části práce (kapitola 2), kvalita života je z hlediska současné odborné problematiky velmi využívaným a širokým pojmem. Zároveň se jedná o multifaktoriální problematiku, jejíž komplexní zhodnocení vykazuje poměrně velkou metodologickou nesnadnost. Aktuálním trendem je pojmání hodnocení QOL se zahrnutím subjektivní a objektivní roviny pojmu, avšak s důrazem kladeným více na subjektivní prožívání a individuální zhodnocení prožitku z vlastního života u každého jedince. Záměrem provedeného výzkumného šetření tedy bylo v co možná největší míře obsáhnout obě výše zmíněné dimenze tak, aby výsledná data bylo možno navzájem komparovat. Předpokládáme, že ztráta či omezení jednoho z hlavních lidských smyslů bude mít za následek změny, které se promítnou do prožívání a zhodnocení kvality života. Z metodologického hlediska si klademe otázku, jak taková změna v prožívání QOL u jedince vypadá a do jakých oblastí jeho života se nejvíce promítá. Zároveň je ale třeba zdůraznit tezi, která je patrná v celé šíři problematiky hodnocení QOL a sice, že se jedná o proměnlivou veličinu, při jejíž interpretaci je třeba brát v potaz nejen celou šíři konceptu kvality života, ale také jistou restriktci výzkumných možností. Ta se promítá do omezeného počtu nástrojů a metod, které v rámci prováděného šetření může výzkumník použít. Presentované výzkumné šetření je zaměřené zejména na kvantitativní provedení, s doplňkem kvalitativní části. V českém prostředí doposud nebyl podobný výzkum uskutečněn na větším počtu respondentů. Zahraniční výzkumy se zpravidla (zřejmě pro celkovou širokost a multidimenzionalitu jak pojmu QOL, tak i populace osob se sluchovým postižením) zaměřují spíše na vybranou konkrétní oblast tohoto smyslového postižení z hlediska QOL – např. na hodnocení u seniorů s prezbyakúzií či hojněji na sféru určité části QOL. Vyskytují se rovněž studie soustředující se na určitou část populace se

sluchovým postižením (např. postlingválně neslyšící atd.). Část výzkumných záměrů pracuje s hodnocením psychologických aspektů, duševního zdraví či přítomnosti např. depresí vyskytujících se u osob se sluchovým postižením. Konkrétněji k našemu tématu můžeme zmínit litevský výzkum autorského kolektivu Rėklaitienė, Karpavičiūtė a Požėrienė z roku 2009 s názvem The Quality of life of people who are deaf and with hearing impairment⁴⁰. Tento záměr byl pro naši práci přínosný také v tom, že autorky používaly jako testový instrument modul WHOQOL-BREF-100, což v zásadě koreluje s námi použitým výzkumným nástrojem. Z důvodu návaznosti a přehlednosti uvádíme výsledky tohoto výzkumu v kapitole 5.4. Jako další můžeme zmínit výzkum, soustředující se na žáky. Jedná se o rakouský záměr, publikovaný v roce 2009. Autoři Fellingner, Holzinger, Laucht a Satter se zaměřili na duševní zdraví u neslyšících žáků, což je oblast, kterou nehodnotíme. Obecněji řečeno lze tedy konstatovat, že velké množství výzkumných prací pracuje v rovině hodnocení kvality života se spíše úzkou věkovou strukturou zkoumaných, či se soustředí na dílčí aspekty této problematiky, což je vzhledem k rozsahu zkoumaného tématu pochopitelné.

4.2 Cíl, otázky a stanovené hypotézy výzkumného šetření

Hlavním cílem předkládané práce je zhodnocení aktuální úrovně kvality života u dospělých osob se sluchovým postižením v České republice. Důraz je kladen na zmapování této problematiky po subjektivní i objektivní stránce s využitím aktuálně dostupných odborných trendů.

Hlavní výzkumná otázka – jaké specifické rysy vykazuje kvalita života dospělých osob se sluchovým postižením v ČR?

Hlavní výzkumná otázka se primárně váže k provedenému kvantitativnímu šetření – autorský dotazník.

1. Dílčí výzkumná otázka – jak se hodnotící skóry dotazníku WHOQOL-BREF u osob se sluchovým postižením liší od totožných skóre intaktní české populace?

1. dílčí výzkumná otázka se taktéž váže k provedenému kvantitativnímu šetření – vychází z instrumentu WHOQOL-BREF a Disabilities Module.⁴¹

⁴⁰ V češtině tedy Kvalita života lidí neslyšících a se sluchovým postižením.

⁴¹ Standardizované (tedy porovnatelné výsledky) jsou u tohoto výzkumného materiálu v současné době stanoveny pro část WHOQOL-BREF. Z tohoto důvodu ve výzkumné otázce a stanovených hypotézách pracujeme primárně s tímto modulem, který je prokazatelně objektivně porovnatelný.

2. Dílčí výzkumná otázka – Co si osoby se sluchovým postižením představují pod pojmem kvalitní život?

2. dílčí výzkumná otázka se váže k provedení kvalitativnímu šetření.

V souladu s uvedeným cílem práce a výzkumnými otázkami byly stanoveny následující **výzkumné hypotézy, vycházející z autorského dotazníku:**

1. Osoby komunikující znakovým jazykem v převážné většině dosahují nižšího vzdělání než osoby komunikující mluveným jazykem.

2. Hloubka sluchové ztráty a pocit subjektivní životní spokojenosti jsou v negativním vztahu.

3. Osoby se sluchovým postižením, zaměstnané v trvalém pracovním poměru, pracují většinou v jiném oboru, než který vystudovaly.

4. Osoby se sluchovým postižením, preferující v blízké rodině komunikaci znakovým jazykem také preferují komunikaci s majoritní populací pomocí tlumočníka.

5. Osoby se sluchovým postižením žijící nebo pracující v Praze hodnotí své životní podmínky jako lepší než osoby se sluchovým postižením v jiných částech ČR.

6. Osoby se sluchovým postižením starší padesáti let jsou subjektivně spokojenější se svým životem než mladší osoby se sluchovým postižením.

7. Mezi využíváním podpůrných opatření osobami se sluchovým postižením s vyšším než úplným středním vzděláním a počtem aktivní znalosti cizích jazyků je pozitivní vztah.

8. Osoby se sluchovým postižením žijící nebo pracující v Praze se věnují více typům volnočasových aktivit než osoby se SP žijící v jiných částech ČR.

9. Jestliže osoby se sluchovým postižením sdílejí domácnost se svým partnerem/partnerkou, pak v převážné většině má jejich partner/partnerka také sluchovou ztrátu.

10. Osoby n/Neslyšící cestují méně často na zahraniční dovolené než osoby nedoslýchavé.

K instrumentu WHOQOL-BREF byly v kontextu se čtyřmi sledovanými doménami (viz kapitola 4.3.1) stanoveny následující hypotézy:

1. Osoby se sluchovým postižením dosahují v doméně fyzického zdraví horších výsledků než osoby bez sluchového postižení.

2. Osoby se sluchovým postižením dosahují v doméně prožívání horších výsledků než osoby bez sluchového postižení.
3. Osoby se sluchovým postižením dosahují v doméně sociálních vztahů horších výsledků než osoby bez sluchového postižení.
4. Osoby se sluchovým postižením dosahují v doméně prostředí totožných výsledků jako osoby bez sluchového postižení.

4.3 Design výzkumu

Metodologické šetření proběhlo prostřednictvím kvantitativního a kvalitativního výzkumného souboru. Kombinovaná metoda sběru dat byla zvolena z hlediska co možná nejkomplexnějšího pokrytí šířky zkoumané problematiky. Kvůli ztížené možnosti provádět kvalitativní část šetření na větším vzorku respondentů (viz níže), byla jako primární způsob sběru dat zvolena metoda kvantitativní, která proběhla pomocí dvou dotazníků, jejichž konkrétní popis je uveden v následujících podkapitolách.

K **etické otázce** proběhlého výzkumu z metodologického hlediska se váže zejména určitá diskutabilnost týkající se samotného měření QOL. Jak se ptá Heřmanová (2012) – je možné lidem předkládat tezi, jak má vypadat kvalitní život? K této otázce lze přidat další – jakým způsobem určíme, podle jakých definic, nástrojů či konceptů budeme kvalitu života v její multidimenzionalitě hodnotit? Kdo – a jakým právem – by mohl potvrdit, že ten který způsob definice či hodnocení je ten správný? Další možný sporný bod může představovat samotný požadavek na hodnocení QOL. Můžeme se ptát, zda je etické chtít po ostatních lidech, aby jinak, než sami pro sebe, hodnotili či komentovali svůj vlastní život (ibidem). Související **etické námitky** zdůrazňují, že by nemělo dojít k vytvoření normy, která by plošněji určovala, jak má vypadat kvalitní život. Primární je individuální a svobodná volba každého člověka. Rovněž se objevují kritické hlasy poukazující na údajné nadužívání termínu kvalita života v současném celosvětovém trendu (ibidem). Uvedené etické aspekty bychom měli mít při hodnocení a interpretaci získaných dat na zřeteli. Neznamená to ovšem, že by problematika QOL neměla být předmětem výzkumných snah.

Etické aspekty realizovaného šetření byly ošetřeny následujícím způsobem:

- Oba použité dotazníky byly zveřejněny na předem vytvořené webové stránce, veškeré vyplnění tak bylo zcela anonymní. Došlo k jedné skupinové

administraci v přímém kontaktu se zadavatelkou. Takto získané dotazníky byly otočeny svrchní stranou dolů a shrnuty na jednu hromadu.

- Kromě pohlaví a věku nebyly do dotazníků sdělovány žádné informace, které by mohly vést k přímé identifikaci respondenta (např. jméno, konkrétnější místo bydliště atd.).
- Kvalitativní část šetření byla z důvodu praktické realizace provedena skrz osobní kontakt se zadavatelkou. Každému respondentovi byl před započatím šetření předán informovaný souhlas (viz příloha č. 3) a osobně vysvětleno (skrz preferovaný komunikační kód respondenta), oč ve výzkumu půjde a jaký má účel. Dále bylo zdůrazněno, že papír, na který účastník napíše své vyjádření, v žádném případě nemá podepisovat ani opatřovat jinými identifikačními údaji. Po skončení práce byly dotazování upozorněni, ať obrátí list popsanou stranou dolů. V případě skupinového zadání kvalitativní části byla hotová vyjádření v této podobě sbírána na jednu hromadu tak, aby byla vyloučena jakákoli identifikace respondentů. Takto sebrané listy byly následně ještě promíchány. Jestliže bylo šetření zadáváno individuálně, odevzdané vyjádření bylo přidáno do neprůhledných desek k ostatním listům (skupinové zadání proběhlo jako první) a v přítomnosti respondenta nebylo nijak analyzováno. Podepsané informované souhlasy budou po jeden rok od dokončení textu uchovány u autorky práce.⁴²

4.3.1 Popis výzkumného nástroje

Kvantitativní část výzkumného šetření byla realizována pomocí dvou dotazníkových šetření. Jednalo se o následující materiály:

1. (Nestandardizovaný) **Dotazník autorky práce** o celkovém rozsahu 63 položek (viz příloha č. 1). Dotazník na úvod podává informace o tématu, účelu a cíli výzkumného šetření. Tento úvod zároveň ozřejmuje i použití druhého dotazníku. Tento testový materiál navázal na diplomní výzkum autorky. Inspiraci a základní konstrukci dotazníku představuje výzkum, který v České republice zadala k provedení Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých (dále jen SONS)

⁴² Jedná se o opatření respektující Zákon o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb., který ukládá povinnost uchovávat osobní data po dobu nezbytně nutnou k účelu jejich zpracování.

v roce 2006. Tento výzkumný plán se zaměřoval na realitu života osob se zrakovým postižením a ve své původní podobě čítal 86 položek. Pro potřeby našeho výzkumného záměru byl dotazník zkrácen a upraven tak, aby jednotlivé testové položky odpovídaly problematice QOL, sluchovému postižení a dostupnějšímu praktickému využití. Zároveň byl kladen důraz na kooperaci dotazníkové struktury se zvoleným modelem QOL. Celkový nemalý počet zařazených položek má své opodstatnění – jak bylo uvedeno v teoretické části práce, koncept kvality života obsahuje velké množství faktorů, které se navzájem ovlivňují – zároveň se však všechny promítají do konečného (a subjektivního) vnímání QOL u každého jedince. Rozvržení a skladba jednotlivých položek a oblastí, které jsou v souboru zařazeny, se zároveň snaží o co možná největší respektování úzké provázanosti jednotlivých oblastí. Rovněž byl kladen důraz na hlubší poznání zkoumaného jevu. Snažili jsme se o zohlednění co možná největšího množství aspektů, které na dotyčnou oblast mohou působit. Naším cílem také byla jasná volba předkládaných odpovědí – např. v případě bydlení jsme se snažili zohlednit studenty, kteří mohou mít více míst, která považují za aktuální bydliště. Je zřejmé, že vzhledem k propojenosti a rozsahu konceptu kvality života jsme nemohli prozkoumat všechny dotčené oblasti, snažili jsme se o maximální začlenění stěžejních bodů. Důraz je v dotazníku kladen na objektivní i subjektivní indikátory. Celková struktura dotazníku vychází z již zmíněného modelu QOL Pracovníků kanadské armády (viz kapitola 2.4), a pokrývá všechny kategorie, které byly v tomto modelu uplatněny. Toto rozvržení dotazníkových položek dle zmíněného modelu nám poskytlo kontrolní údaje o začlenění zásadních oblastí QOL v rámci použitého testového materiálu. Instrument obsahuje celkem již uvedených 63 položek a zařazeny jsou položky polouzavřené (č. 8, 16, 22, 24, 25, 26, 32, 34, 35, 39, 41, 42, 59, 61, 62 a 63) a položky otevřené (č. 13, 15, 19, 57 b). Zbytek položek představující uzavřené otázky.

2. Dotazníkový soubor WHO s názvem WHOQOL-BREF & Disability module

Materiál od WHO je zaměřený na kvalitu života osob s postižením obecně. Tento testový soubor, čítající v celkovém součtu 39 škálových položek (viz příloha č. 2), je zaměřen na subjektivní rovinu HRQOL a hodnotí časové období posledních dvou týdnů (od data testování). Jistou nevýhodou současné české verze materiálu je absence demografických položek, zařazených přímo

v překladu dotazníku. Přestože organizací první dva vytvořené instrumenty (WHOQOL-100 A WHOQOL-BREF) mají v českém prostředí svou vlastní standardizovanou verzi, soubor Disability module tento standard nemá.⁴³ Green a Power (2010) k této verzi uvádějí, že představuje standardní doplněk původních konceptů WHOQOL. Instrument byl pilotně testován v 15 světových centrech (včetně Prahy), což nám umožnilo cennou vzájemnou komparaci námi získaných dat se vzorkem z „pražské“ části české studie.⁴⁴ Přípravných stádií materiálu se účastnily osoby s různým typem a stupněm postižení, Green a Power (ibidem) udávají celkem 3,8 % osob se sluchovým postižením. Materiál obsahuje dvě verze – první je určená osobám s fyzickým postižením, druhá je modifikována pro respondenty s mentálním postižením. Verze se od sebe liší zejména redukcí pětistupňové hodnotící škály na škálu třístupňovou, což lidem s mentálním postižením přináší snazší orientaci v celkové nabídce hodnocení. Výsledkem provedených sběrů dat je materiál DIS-module, představující 13 položek. Z tohoto počtu je 12 položek sestavených dle přípravných ukazatelů tak, že nejlépe zastupují jednu komplexní doménu. Jedna položka (č. 1, respekt. V rámci celého modulu č. 27G) pak představuje obecnou⁴⁵ otázku, vztahující se konkrétně ke zdravotnímu postižení. Pro přehlednost níže uvádíme znění jednotlivých položek tak, jak jsou uvedeny v komplexním dotazníku WHOQOL-BREF a Disabilities module. Uvedeny jsou vždy krajní hodnoty pětibodové škály. Úplné znění dotazníku je přiloženo v příloze.

1. G Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života? Velmi špatná – velmi dobrá
2. G Jak jste spokojen/a se svým zdravím? Velmi nespokojen/a – velmi spokojen/a
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat? Vůbec ne – maximálně

⁴³ V českém jazyce existuje verze pro terénní sběr dat, která byla se souhlasem držitelky autorského práva k této verzi PhDr. Evě Dragomirecké, Ph.D. použita v prezentovaném výzkumu. Tato verze pochází z roku 2008 a podle informací, poskytnutých dr. Dragomireckou na jaře roku 2017, neexistují v našem prostředí novější data ani nedošlo ke standardizaci materiálu.

⁴⁴ Materiál prošel celkem třemi fázemi postupného ověřování za použití standardních psychometrických metod. Pro potřeby této práce uvádíme pouze nejdůležitější informace, které se k vývoji tohoto souboru váží. Green a Power (ibidem) udávají, že z hlediska psychometrické výkonnosti se DIS modul jeví jako dobrý, pod zmíněnými 15 světovými odbornými pracovišti se kontrolního testování zúčastnilo téměř 3 800 respondentů.

⁴⁵ V originále general item, stejné dvě položky se vyskytují v samotném úvodu instrumentu WHOQOL-BREF.

4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě? Vůbec ne – maximálně
5. Jak moc Vás těší život? Vůbec ne – maximálně
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl? Vůbec ne – maximálně
7. Jak se dokážete soustředit? Vůbec ne – maximálně
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě? Vůbec ne – maximálně
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete? Vůbec ne – maximálně
10. Máte dost energie pro každodenní život? Vůbec ne – zcela
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled? Vůbec ne – zcela
12. Máte dost peněz k uspokojování svých potřeb? Vůbec ne – zcela
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete ke svému každodennímu životu?
Vůbec ne – zcela
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám? Vůbec ne – zcela
15. Jak se dokážete pohybovat? Velmi špatně – velmi dobře
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem? Velmi nespokojena – velmi spokojena
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnost? Velmi nespokojena – velmi spokojena
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem? Velmi nespokojena – velmi spokojena
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou? Velmi nespokojena – velmi spokojena
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy? Velmi nespokojena – velmi spokojena
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem? Velmi nespokojena – velmi spokojena
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé? Velmi nespokojena – velmi spokojena
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete? Velmi nespokojena – velmi spokojena

24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče? Velmi nespokojena – velmi spokojena
25. Jak jste spokojen/a s dopravou? Velmi nespokojena – velmi spokojena
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako jsou např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese? Nikdy – neustále

Modul DIS:

27. Má zdravotní postižení negativní (špatný) vliv na Váš každodenní život? Vůbec ne – úplně
28. Myslíte si, že někteří lidé s Vámi jednají nespravedlivě? Vůbec ne – úplně
29. Potřebujete někoho, kdo by se Vás zastal, když máte problémy? Vůbec ne – úplně
30. Děláte si starosti, co by se Vám mohlo stát v budoucnosti? *Například když si představíte, že se o sebe nedokážete postarat nebo že budete ostatním na obtíž.* Vůbec ne – úplně
31. Myslíte si, že máte kontrolu nad svým životem? *Myslíte si například, že za svůj život zodpovídáte sám/sama sobě?* Vůbec ne – úplně
32. Děláte vlastní rozhodnutí ve svém každodenním životě? *Například kam půjdete, co budete dělat, co budete jíst apod.* Vůbec ne – úplně
33. Máte možnost dělat zásadní rozhodnutí ve svém životě? *Například o tom, kde nebo s kým budete bydlet, na co se vynaloží Vaše peníze apod.* Vůbec ne – úplně
34. Jste spokojen/a se svou schopností domluvit se s ostatními lidmi? *Například jak dovedete pomocí slov nebo jiným způsobem (znakovou řečí) druhým něco sdělit nebo se k něčemu vyjádřit a také jak Vy sami druhým rozumíte.* Vůbec ne – úplně
35. Máte pocit, že jste druhými lidmi kladně přijímán (akceptován)? Vůbec ne – úplně
36. Máte pocit, že si Vás ostatní lidé váží? *Myslíte si například, že si Vás ostatní cení jako člověka a věnují pozornost tomu, co jim sdělujete?* Vůbec ne – úplně

37. Jste spokojen/a s tím, jaké máte možnosti zapojit se do společenského života? *Například scházet se s přáteli, navštěvovat restaurace, zúčastňovat se večírků atd. Vůbec ne – úplně*
38. Jste spokojen/a s tím, jaké máte možnosti zapojit se do místních aktivit? *Např. podílet se na tom, co se děje v místě Vašeho bydliště nebo ve Vašem sousedství. Vůbec ne – úplně*
39. Máte pocit, že se Vám podaří splnit si své sny, naděje a přání? *Domníváte se například, že dostanete ve svém životě příležitost dělat to, co chcete, nebo získat to, po čem toužíte? Vůbec ne – úplně*

Podstatné je, že soubor Disability module se primárně používá ve spojení s původními dotazníky WHOQOL-100 nebo WHOQOL-BREF, pro sběr komplexních dat tedy není využíván izolovaně. V našem případě byl použit spolu s instrumentem WHOQOL-BREF, dohromady tedy tento materiál čítá 39 položek, hodnocených na pětibodové škále. Jak bylo uvedeno v kapitole 2.3, původní testové soubory jsou zaměřeny na šest domén/oblastí. V dotazníku WHOQOL-BREF se pak jedná o čtyři domény, zastupované vždy jednou položkou, která vykazovala nejlepší psychometrické hodnoty. Tyto čtyři domény také byly použity pro vzájemné srovnání respondentů se sluchovým postižením a již zmíněné intaktní, pražské, populace. Pro přehlednost níže uvádíme obsah jednotlivých domén tak, jak byl odborně prezentován českým týmem DIS-QOL. Jedná se o „tematický“ přehled obsahu jednotlivých položek. Číslo v tabulce udává číslo položky, kterým je daný soubor jevů zastoupen v dotazníku a z těchto položek se posléze vypočítává celkový skóre pro jednotlivé domény. Položky č. 1 a 2 nejsou uvedeny z důvodu „obecnosti“ položek (v instrumentu jsou tyto položky doplněny opět o označení písmenem G).

QOL (26-item, 4 Domains)		DIS (13-item)
Physical Domene	Social Domene	Disabilities Model
3 Pain	20 Personal relationships	27 Impact of disability
4 Medication	21 Sexual activity	28 Discrimination
10 Energy	22 Social support	29 Advocacy
15 Mobility		30 Future prospects
16 Sleep	Environmental Domene	31 Control
17 Activities of daily life	8 Safety	32 Choice
18 Work	9 Physical environment	33 Autonomy
	12 Finance	34 Communication ability
Psychological Domene	13 Information	35 Social acceptance
5 Positive feelings	14 Leisure activities	36 Respect
6 Spirituality	23 Home	37 Social network
7 Thinking	24 Health/social care	38 Social inclusion
11 Body image	25 Transport	39 Personal potential
19 Self esteem	-	
26 Negative feelings	-	

Tabulka 3 – Domény BREF a DIS-QOL modulu v originálním znění, převzato bez úprav (záznam tabulky).

Text v tabulce je z důvodu dobré přehlednosti a srozumitelnosti ponechán v původním znění.⁴⁶ V případě tohoto dotazníku jsme narazili na neaktuální terminologické vyjádření – v položce č. 34 je v české verzi použit termín „znaková řeč“. Tento pojem jsme shledali vzhledem k současné terminologii jako nevhodný, proto byl pro průběh testování po dohodě s držitelkou autorských práv změněn na termín „znakový jazyk“.⁴⁷ Výhodou tohoto souboru je, že ho lze použít i v souvislosti srovnání různých kulturních aspektů. Celý testový soubor je založen na škálových položkách 1-5, přičemž tato stupnice reprezentuje hodnoty pro množství, kapacitu, frekvenci a hodnocení (Dragomirecká, Bartoňová, 2006a). Jako všechny ostatní instrumenty ze souboru WHOQOL obsahuje dotazník úvodní instrukce a seznámení s výzkumným účelem včetně názorného příkladu hodnocení jednotlivých položek. Dragomirecká a Bartoňová (2006b) zmiňují v souvislosti s modulem WHOQOL-BREF v českém prostředí dobrou vnitřní konzistenci domén (Cronbachovo α mezi 0,65 do 0,85 přičemž hodnota od 0,7 značí vysokou konzistenci) a průměrnou retestovou reliabilitu (průměrně za celek 0,694, pro domény 0,774). Dotazník tedy průměrným způsobem odolává krátkodobým změnám v postojích respondentů. Autorky dále podotýkají, že instrument je schopen podchytit rozdíly mezi osobami s různým stupněm a typem zdravotních potíží. Dle

⁴⁶ Použito se svolením autorky, dr. Dragomirecké. Zdroj: DRAGOMIRECKÁ, Eva a Dagmar DZÚROVÁ, 2009. PSYCHIATRIC CENTER IN PRAGUE. Quality of Life of People with Down Syndrome: the Czech case – PowerPoint: WHOQOL-BREF-ID & DISABILITIES MODULE. Dublin.

⁴⁷ V originálním znění v anglickém jazyce je použit pouze termín „signs“ – tedy znaky.

míry shody dvou pozorovatelů (vyjádřenou Cohenovým Kappa) která se pohybovala mezi 0,295 až 0,622 lze říci, že dotazník není určen primárně individuálnímu použití jednotlivcem. Vhodnější je pro skupiny osob (ibidem, 2006b).

Kvalitativní část výzkumného šetření proběhla pomocí otevřeného písemného vyjádření. Po zvážení metodologických aspektů naší práce jsme přistoupili k tomuto znění zadání: *Uveďte, co si představujete pod pojmem kvalitní život*. Inspirovali jsme se výzkumem Babinčáka (in Džuka, 2004), který provedl podobnou studii na Slovensku v rámci odhalování indikátorů QOL. Princip jeho práce spočíval v analýze písemného textu na téma: *Čo považujete za šťastný život?* Kromě dodržení rozsahu zadání (formát listu A5), nechal autor zúčastněné osoby se zcela libovolně vyjádřit. Tento výzkumný přístup se z hlediska kvality života liší zejména v jeho výchozím pojetí – Babinčák zmiňuje úmyslný odklon od běžně využívané struktury hodnocení QOL. Cílem autorova záměru bylo předem nestrukturovat odpovědi či reakce respondentů, vyhnout se podsouvání možných reakcí, nenabízet dopředu vytyčené možnosti odpovědí atd. Analýza textů proběhla skrz opakované čtení a následné kódování. K zařazení tohoto přístupu jsme přikročili ve snaze o co možná nejkompexnější pokrytí problematiky QOL. Zároveň jsme v rámci tématu a konceptu kvality života chtěli využít odlišné možnosti výzkumného přístupu tak, aby nastavený design odrážel aktuální náhled na zkoumanou problematiku. Vzhledem k rozsahu kvantitativní části šetření a také po zvážení aspektů, které se váží k písemnému projevu některých osob se sluchovým postižením (viz níže – limity výzkumu), jsme se rozhodli kvalitativní část realizovat jako doplňkovou, s menším počtem zúčastněných respondentů. Této části se zúčastnilo celkem 12 osob. Při realizaci jsme narazili na (předem částečně očekávanou) neochotu zejména osob komunikujících znakovým jazykem se písemně vyjadřovat. Jak bylo uvedeno v teoretické části textu, je toto specifikum uživatelů znakového jazyka v surdopedických kruzích známým faktem. To byl také důvod, proč jsme – v rámci motivace respondentů – přistoupili k zadání libovolné délky vyjádření (viz dále – limity výzkumu). Sebraná písemná vyjádření byla vyhodnocována skrz obsahovou analýzu textu a jednoduché kódování, což je stejný postup, který zvolil Babinčák (ibidem). K námi získaným údajům bylo nutné vzhledem k jejich specifické podobě přistoupit mírně upravenou formou (viz kapitola 5.3). Gavora (2010) se o obsahové analýze textu zmiňuje jako o speciální metodě, analýzy verbálních projevů, která může být uskutečňována kvantitativním nebo nekvantitativním způsobem. V případě této práce byl využit kvantitativní postup. Podle Švaříčka a Šed'ové (2014, s. 211) je otevřené kódování, využitě v původním sběru dat, v kvalitativním výzkumu možno považovat za „*univerzální a efektivní přístup*“. Autoři podotýkají, že tento způsob analýzy dat byl původně

vyvinut v souvislosti se zakotvenou teorií, vzhledem k velké účinnosti je ho však možno používat na celé řadě kvalitativních výzkumů.

Tlumočení výzkumných materiálů a tvorba webových stránek

V souvislosti s limity výzkumu – viz níže, jsme přistoupili k vytváření obou výzkumných dotazníků v českém znakovém jazyce. Byly vytvořeny nové webové stránky⁴⁸, v průběhu šetření dostupné na adrese <http://kvalitazivota-u-osob-s-sp.cz>. Na procesu tlumočení testových materiálů do českého znakového jazyka se podílely dvě profesionální tlumočnice, jejichž projev byl posléze autorkou práce natáčen na videokameru, sestříhán a umístěn na webové stránky tak, aby u každé položky v českém jazyce bylo přiřazeno video:



1. Vaše pohlaví?

☐ žena

☐ muž

Obrázek 3 – ukázka tlumočení dotazníků – archiv autorky

Podrobnější přehled a ukázky konečné podoby obou výzkumných materiálů je uveřejněn v příloze č. 4. Do českého znakového jazyka byly přetlumočeny také veškeré texty, které jsou u dotazníků uvedeny – úvodní informace, instrukce, závěr atd. Tento postup – uveřejnění materiálů ve dvou jazycích se ukázal jako velmi přínosný. Lze říci, že pro funkční uskutečnění výzkumného šetření u osob komunikujících primárně znakovým jazykem je uveřejnění používaných instrumentů v tomto jazyce téměř nutností.

⁴⁸ Realizace tohoto aspektu šetření – profesionální vytvoření webových stránek, mzda tlumočnicím znakového jazyka atd. byla možná díky podpoře projektu Grantovou agenturou Univerzity Karlovy.

Limity výzkumu

Během přípravné fáze a posléze během výzkumu samotného jsme identifikovali několik faktorů, které mohly ovlivnit celkovou realizaci šetření. Jednalo se zejména o následující body:

1. Problematika znalosti českého jazyka u (zejména prelingválně neslyšících) osob. Předpokládali jsme, že osoby, jejichž mateřským jazykem je český znakový jazyk (avšak nikoli výlučně jen ony) mohou mít v souvislosti s aktuálně známými fakty problémy s dostatečnou kompetencí v českém jazyce. I přes maximální snahu o formulaci dotazníkových položek tak, aby byly co nejlépe srozumitelné a jasně uchopitelné, se nám zcela nepodařilo tuto jazykovou bariéru překonat. To se nám posléze potvrdilo během pilotního testování, kdy byl dotazník autorky práce v původní, pouze psané, podobě uveřejněn na webových stránkách. Respondenti v komentářích a připomínkách pod dotazníkem opakovaně zmiňovali požadavek týkající se existence verze dotazníku také ve znakovém jazyce. Ve snaze o co největší přístupnost výzkumu v rámci heterogenní populace osob se sluchovým postižením jsme zvolili uveřejnění obou dotazníkových souborů v českém jazyce a zároveň skrz natočená videa také v českém znakovém jazyce.
2. S výše uvedeným bodem souvisí další limitující faktor – a sice ochota neslyšících osob se zúčastnit kvalitativní části výzkumu a písemně se vyjadřovat. U skupin neslyšících v seniorském věku jsme dále narazili na faktor, který by se dal pracovně nazvat jako „bod vzájemného nepochopení“. I přes osobní zadávání a popis kvalitativního záměru ve znakovém jazyce (nejprve autorkou práce, posléze přítomným tlumočnickem českého znakového jazyka), nedošlo k vzájemnému pochopení respondentů a zadavatelky. Respondenti vykazovali nejistotu ohledně toho, co je od nich očekáváno a jak mají k tématu přistoupit. Jelikož bylo naším záměrem provést kvalitativní část u všech zúčastněných osob stejným způsobem, neměnili jsme u seniorské populace způsob provedení této části. Znakový jazyk zde byl využit v rámci celkové komunikace se zadavatelkou. Z uvedených důvodů jsme u této věkové skupiny písemné vyjádření realizovali v omezené míře tam, kde bylo patrné porozumění respondentů a jejich písemné vyjádření mělo vypovídající charakter. Vyjádření, která neodpovídala zadání, byla ze závěrečného zpracování vyřazena.

3. Posledním faktorem, který je možno označit jako omezující podmínku šetření, byl variabilní počet vyplnění obou dotazníků. Jedná se o faktor, který byl zaznamenán až v průběhu samotného testování. I přes žádost o komplexní vyplnění, uvedenou v úvodních informacích, vyplnila oba dotazníky méně než polovina všech zúčastněných. Celkový počet sesbíraných dat byl tedy v poměru 80:37 ve prospěch autorského dotazníku. Tato skutečnost poznamenala možnost komplexní vzájemné datové komparace obou dotazníků, zároveň jsme tento jev nemohli nijak ovlivnit.

Popis výzkumného souboru

Základním kritériem pro zařazení do proběhlého výzkumného šetření byl věk nad 18 let a přítomnost sluchového postižení (popř. hluchoslepoty). Pro určení sluchové vady/poruchy byla stanovena medicínská hranice minimální ztráty 25 Db. Vycházeli jsme z obecně uznávaných hodnot, které kolísání sluchového prahu do hodnoty 20-25 dB považují za fyziologické.⁴⁹ Přítomnost možného dalšího postižení nebyla pro výzkum podstatným faktorem. Respondenti měli možnost v dotazníkovém šetření sdělit, zda přidružené postižení mají.⁵⁰ Rozhodující rovněž nebyl konkrétní typ sluchového postižení (tedy převodní, percepční nebo smíšený). Počet respondentů, kteří se zúčastnili výzkumného šetření je možno rozčlenit na tři skupiny:

5. Skupina, která vyplnila dotazník autorky práce – celkem 80 respondentů
6. Skupina, která vyplnila dotazník autorky práce a zároveň také testový soubor WHOQOL-BREF a disabilities module – celkem 37 respondentů
7. Skupina, která se zúčastnila kvalitativní části výzkumu – celkem 12 osob.

Aspekty celkového počtu respondentů budou popsány v podkapitole 4.3.1

Průběh výzkumného šetření

Realizace výzkumného šetření proběhla v několika fázích. Nejprve byl upraven a rozšířen původní diplomní dotazník autorky práce, který byl posléze na webu uveřejněn

⁴⁹ V odborné literatuře bývá jako hranice fyziologického sluchu zpravidla uváděna hodnota 20 dB, některé parametry (např. pojišťovny) však počítají s hranicí 25 dB. Pro možné zařazení všech osob – a s vědomím, že respondentů s takto nízkou ztrátou sluchu bude pravděpodobně nejméně – jsme ponechali hranici na 25 dB.

⁵⁰ V případě např. mírné ztráty zraku kompenzované brýlemi či dalšími kompenzačními pomůckami je na osobním zhodnocení respondenta, zda tuto skutečnost pojme jako další (tedy zrakové) postižení, nebo ne.

k pilotnímu testování – v tomto případě pouze v českém jazyce s cílem zjistit, zda tato jazyková verze bude dostatečná. Po vyhodnocení této fáze bylo přistoupeno k tvorbě materiálu i v českém znakovém jazyce. Natočený materiál byl posléze sestřihán tak, aby korespondoval s jednotlivými položkami v textové části instrumentů. Následně byly tvořeny definitivní webové stránky, přiřazena videa a proběhla grafická editace webového rozhraní tak, aby konečná podoba stránek byla co nejpřehlednější. Po dokončení této fáze byly oslovovány jednotlivé subjekty s cílem o rozšíření informací o probíhajícím výzkumu mezi osoby se sluchovým postižením. Osloveny byly např. tyto instituce: Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR, Informační, poradenské sociální centrum na Univerzitě Karlově, Středisko Teiresiás na Masarykově univerzitě, Centrum podpory studentů se specifickými potřebami na Univerzitě Palackého, Slunečnice – Centrum pro studenty se specifickými nároky na Technické univerzitě Ostrava, weby ruce.cz, kochlear.cz či Facebooková stránka atd. Potenciální respondenti byli dále oslovováni metodou „sněhové koule“ a skrz osobní kontakty autorky. Samotný sběr dat posléze probíhal spolu s realizací kvalitativní části výzkumu. Hranici ukončení sběru dat jsme odvodili jednak z časového harmonogramu prací a dále také ze stagnujícího množství nových respondentů, kdy byl konečný počet 80 osob hodnocen jako dostačující. Po ukončení testování proběhlo statistické vyhodnocení získaných dat. Pro přehlednost uvádíme jednotlivé fáze šetření následujícím způsobem:

1. úprava dotazníku autorky práce do podoby použité k pilotnímu testování – listopad až prosinec 2014
2. pilotní testování a jeho vyhodnocení – leden až duben 2015
3. tlumočení materiálů do českého znakového jazyka: červen až září 2015
4. technická práce s natočeným materiálem (střih videí, tvorba webových stránek, grafická práce a spouštění webu) – říjen 2015 až leden 2016
5. oslovování jednotlivých subjektů v rámci rozšíření povědomí o výzkumu mezi potenciální respondenty – prosinec 2015 až březen 2016
6. samotný průběh kvantitativního (únor až září 2016) a kvalitativního testování (červen až září 2016)
7. ukončení obou fází testování – konec září 2016
8. analýza a statistické vyhodnocení sesbíraných výzkumných dat – prosinec 2016 až duben 2017, analýza kvalitativní části šetření – březen až duben 2017

5 Interpretace výzkumného šetření

V této kapitole budou vyhodnocena získaná data a interpretovány výsledky proběhlých výzkumných šetření. Práce s výzkumnými daty proběhla následujícím způsobem:

- kvantitativní část: sběr dat, příprava k analýze, uchování dat, popisná statistika, práce s grafy – program Excel 2016
- statistické výpočty – program SAS
- analýza, kódování a práce s daty kvalitativní části výzkumu – Excel 2016

5.1 Autorský dotazník

Autorský dotazník byl vyhodnocen pomocí deskriptivní a inferenční statistiky. K verifikaci či falzifikaci stanovených hypotéz byly použity statistické testy a hladina významnosti. Vzhledem k rozsahu tohoto textu uvádíme v popisném přehledu **nejdůležitější data** (celkem je prezentováno 23 položek), získaná z celkového počtu 63 otázek v instrumentu. Zároveň takto prezentovaná data přímo souvisí s upraveným Modelem kvality života pracovníků kanadské armády představeným na s. 32, kap. 2.4., a dále se specifickými surdopedickými aspekty, které se k problematice QOL váží. Znění uvedených položek v tabulkách není doslovné, zde byly z důvodu praktičnosti použity zkrácené verze.⁵¹ Následně jsou vyhodnoceny a okomentovány jednotlivé hypotézy. Statistické testy byly zvoleny dle potřeb a s ohledem na celkový vzorek respondentů (zde N=80). U jednotlivých hypotéz je uveden podrobnější popis. Provedené analýzy dat byly uskutečněny vždy se všemi dostupnými údaji. Možné chybějící odpovědi nebyly nahrazovány (nebyla provedena imputace dat).

Charakteristika výzkumného souboru: (číslo v první řádce tabulky vždy označuje číslo položky v dotazníkovém šetření, N označuje četnost)

1. Pohlaví	N	%
muž	26	32,5
žena	54	67,5
Celkem	80	100

Tabulka 4 – pohlaví

2. Věk	N	%
18-25	22	27,5
26-33	13	16,25
34-41	15	18,75
42-49	11	13,75
50-57	5	6,25
58-65	6	7,5
více než 65	8	10

Tabulka 5 – věkové zastoupení respondentů

⁵¹ Vzhledem k celkovému rozsahu popisných statistik a z důvodu zamezení případného volného šíření získaných dat nepřikládáme veškeré získané údaje k textu.

Výzkumný soubor představuje u autorského dotazníku 54 žen a 26 mužů. Převládá věková kategorie 18-25 let, naopak nejméně je zastoupena věková kategorie 50-57 let. Ostatní věkové kategorie byly zastoupeny přibližně podobným počtem.

Následující položka se zaměřuje na typ sluchového postižení z hlediska vlastního hodnocení respondentů (tj. jak respondent sám sebe vnímá):

3. Stav sluchu	N	%
Neslyšící	16	20
nedoslýchavý/á	34	42,5
neslyšící	18	22,5
ohluchlý/á	4	5
uživatel/ka kochleárního implantátu	8	10

Tabulka 6 – typ sluchového postižení

4. Doba vzniku postižení	N	%
jde o vrozené postižení	46	57,5
mezi 1.-5. rokem	17	21,25
mezi 6.-10. rokem	7	8,75
mezi 11.-15. rokem	2	2,5
mezi 16.-20. rokem	4	5
v pozdějších letech, ale před 65. rokem věku	4	5

Tabulka 7 – věková struktura postižení

Z hlediska typu sluchového postižení se nejvíce respondentů označuje za nedoslýchavé, nejméně je ohluchlých osob. Příslušníků jazykové a kulturní menšiny Neslyšících je 16, uživatelů kochleárního implantátu 8. Jako nejčtenější doba vzniku či diagnostiky sluchového postižení byla označena možnost vrozeného postižení, nejméně se vyskytovaly možnosti vzniku mezi 11. – 15. rokem věku, následně mezi 16.-20 rokem a dále doba před 65. rokem věku, což lze hodnotit jako nepřekvapivé. 65. rok věku jsme na základě odborných zdrojů zvolili jako hranici pro presbyakuzii a tato možnost (presbyakuzie) byla v dotazníku také uvedena. Nezvolil ji však žádný respondent, v tabulce ji proto neuvádíme. K věkovému odlišení presbyakuzie od ostatních typů sluchových vad bylo přistoupeno z důvodu jejího dopadu na celkovou kvalitu života. Stařecká nedoslýchavost již z příčiny doby svého vzniku neovlivňuje celkovou podobu QOL u daného člověka v celoživotním či dlouhodobém časovém horizontu. 17 osob dále udávalo vznik sluchového postižení ve věkové kategorii 1.-5. roku života, tedy v době, kdy toto postižení označujeme za prelingvální. Rodinný stav respondentů⁵² poukazuje na převahu svobodných (celkem 39) – což koreluje i s převažujícím věkovým rozmezím, 1 respondent udával registrované partnerství a v 1 případě byla přítomna možnost vdovec/vdova. Rozvedení byli celkem 4 dotazovaní. 5 respondentů využilo možnosti na tuto položku neodpovídat.

⁵² Tabulku, týkající se rodinného stavu, v textu pro postradatelnost neuvádíme. Data jsou popsána.

Charakteristiku výzkumného souboru doplňujeme o místo bydliště/pracovního místa v Praze či mimo Prahu:

56. Žijete nebo pracujete v Praze?	N	%
ano	39	48,75
ne	41	51,25

Tabulka 8 – život/práce v Praze

Tato položka zahrnovala dva aspekty – pracovní uplatnění a život v hlavním městě. Práce byla zařazena spolu s místem bydliště do jedné položky z důvodu premise vycházející z předpokladu, že možnosti pracovního uplatnění a mzdové podmínky jsou v Praze v rámci celostátního srovnání na vyšší úrovni.⁵³ A že má-li osoba možnost pracovat v hlavním městě, zvyšují se tím také její finanční, pracovní, popř. volnočasové a další možnosti. Uvedená vyšší úroveň zároveň naznačuje vyšší kvalitu objektivních ukazatelů QOL, což odpovídá známým údajům o této problematice v rámci celorepublikových analýz. Ze získaných údajů je patrné, že místo bydliště/práce je u vzorku respondentů rozděleno téměř napůl, s mírnou převahou dotazovaných mimo Prahu (39:41), což nám umožňuje vhodně komparovat údaje získané od „pražské populace“ s údaji od zbytku republiky. S daty, týkajícími se „pražské situace“, dále pracuje hypotéza č. 5.

Subjektivní spokojenost s rodinným a sociálním životem:

6. Spokojenost – rodinný život	N	%
nevím	7	8,75
zcela ano	41	51,25
spíše ano	23	28,75
spíše ne	5	6,25
zcela ne	4	5

Tabulka 9 – spokojenost – rodinný život

7. Spokojenost – sociální život	N	%
nevím	1	1,25
zcela ano	25	31,25
spíše ano	39	48,75
spíše ne	5	6,25
zcela ne	10	12,5

Tabulka 10 – spokojenost – sociální život

Otázky byly uvedeny v následujícím znění:

6. Jste spokojeni se stavem Vašeho rodinného života?

7. Jste spokojeni se svým sociálním životem (tj. s množstvím osobních kontaktů a jejich kvalitou)?

⁵³ Srov. např. Postavení Prahy mezi ostatními kraji. Český statistický úřad [online]. Praha: Český statistický úřad, 2007 [cit. 2017-05-10], či nověji: Vývoj lidských zdrojů v hl. m. Praze v letech – 2000–2009 – vybrané kapitoly. In: ČSÚ a Jana PODHORSKÁ [online].

Položky, týkající se subjektivní spokojenosti s rodinným a sociálním životem, poukázaly na převažující spokojenost v obou těchto oblastech, přičemž rodinný život vykazoval nejlepší parametry. Zcela nespokojeno bylo se svým sociálním životem 12,5 % respondentů – oproti 5 % dotazovaných s udávanou silnou rodinnou nespokojeností. Aspekty těchto položek se významnou měrou promítají do subjektivního hodnocení QOL každého člověka. S parametry subjektivní životní spokojenosti dále pracuje hypotéza č. 2.

Ochota pracovat v jiném než vystudovaném oboru:

29. Ochota práce v jiném oboru	N	%
ano	40	50,00
ano, ale pouze dočasně	13	16,25
ne	6	7,50
nevím	14	17,50

Tabulka 11 – možnost práce v jiném oboru

Otázka byla uvedena v následujícím znění:

29. Jste ochoten/a pracovat i v jiném oboru, než pro který jste kvalifikován/a?

Ochota měnit práci i napříč profesními obory může poukazovat na důležitý aspekt v rámci celkového hodnocení kvality života. V našem případě tuto možnost (dlouhodoběji) připouští 40 respondentů, tedy polovina. Využití možnosti profesní fluktuace poukazuje na možný zisk lepších pracovních podmínek, vyšší mzdu či kariérní postup. Pokud by některý z těchto aspektů byl naplněn, je možné předpokládat i zvýšení objektivních (popř. subjektivních) parametrů QOL. Hlediskem zaměstnanosti ve vystudovaném oboru se dále více zabývá hypotéza č. 3.

Finanční zabezpečení

33. Srovnání výše mzdy	N	%
nižší	13	20
stejná	34	52,31
vyšší	2	3,08
nevím	16	24,62

Tabulka 12 – srovnání výše mzdy

48. Spokojenost s měsíčním příjmem	N	%
určitě ano	14	17,5
spíše ano	36	45
spíše ne	16	20
určitě ne	8	10
nevím	6	7,5

Tabulka 13 – spokojenost s měsíčním příjmem

Otázky byly uvedeny v následujícím znění:

33. Pokud pracujete – domníváte se, že je Vaše mzda nižší, vyšší nebo stejná jako mzda člověka bez sluchového postižení pracujícího na stejné pozici a se stejnou délkou praxe?

48. Jste spokojen/a s celkovou výší Vašeho měsíčního příjmu i se všemi dávkami a příspěvky (počítaje v tom i invalidní důchod?)

Položky, týkající se finančního zabezpečení, poukazují na celkově pozitivní výsledky. Dotazníková otázka č. 33 se zaměřovala na názor respondentů ohledně výše jejich mzdy v porovnání s kolegy bez postižení. Nepřímo tedy souvisí s diskriminační problematikou, která se v této oblasti může vyskytovat. Výsledky naznačují, že dotazovaní se vesměs nedomnívají, že by jejich slyšící kolegové pobírali vyšší mzdu – uvádí to více než polovina dotazovaných – 52,31 %. Na tuto položku odpovídali respondenti zaměstnaní v trvalém pracovním poměru. Položka č. 48. poukazuje na poměrně výrazně převládající spokojenost s celkovým měsíčním příjmem. Pokud sečteme možnosti „určitě ano“ a „spíše ano“ dostaneme hodnotu 50 respondentů, kteří jsou se svými měsíčními příjmy spokojeni. Jedná se tak o 62,5 % dotazovaných, což poukazuje na pozitivní finanční situaci. V této položce je dále 24 respondentů, kteří se svým příjmem souhrnně spokojeni nejsou (30%). Tato hodnota není zanedbatelná, pozitivně ovšem hodnotíme celkový procentuální převažující výsledek ve prospěch spokojenosti.

Problematika diskriminace:

31. Setkání s diskriminací	N	%
ano	43	53,75
ne	37	46,25

Tabulka 14 – diskriminace

32. Formy diskriminace (diskriminace z důvodu...)	N
diskriminace z důvodu pohlaví	2
diskriminace z důvodu věku	2
diskriminace z důvodu zdravotního postižení	37
nesetkal(a) jsem se s žádnou uvedenou formou diskriminace	1
nevím	1
z důvodu odlišnosti svého osobního přesvědčení	1
z nezájmu o vytvoření komunikačního prostředí na pracovišti	1
Audismus	1
diskriminace z důvodu sluchového postižení	1
neochotou pomoci, přehlížením mých potřeb, ignorancí	1
nižší plat	1

Tabulka 15 – typ diskriminace

Otázky byly uvedeny v následujícím znění:

31. Setkal/a jste se někdy, třeba i jen jednou, s projevy diskriminace (tj. s odmítavým přístupem, pohrdáním, rozlišováním) vůči Vaší osobě v zaměstnání/škole?

Pokud respondent uvedl ano, navazovala na tuto otázku polouzavřená položka č. 32.

(Odpovědi doplněné respondenty jsou vždy ponechány v původním znění.)

32. Setkal/a jste se někdy s některou z následujících forem diskriminace v zaměstnání/škole?

Můžete označit více možností. Možnosti výběru byly následující:

- diskriminace z důvodu zdravotního postižení
- diskriminace z důvodu věku
- diskriminace z důvodu pohlaví
- diskriminace z důvodu sexuální orientace
- diskriminace z důvodu náboženského přesvědčení
- diskriminace z důvodu etnického původu
- nesetkal/a jsem se s žádnou uvedenou formou diskriminace

- nevím
- jiná forma diskriminace – prosím uveďte:

Zhodnocení položek týkajících se diskriminace poukazuje na poměrně vyrovnanou situaci z hlediska osobní zkušenosti s diskriminačním jednáním. Zde je třeba podotknout, že diskriminace je v tomto případě hodnocena subjektivně skrze respondentovy dojmy a pocity. Lze se však domnívat, že osobní zhodnocení situace je v tomto případě pro dotyčného stěžejní a podstatně ovlivňuje jeho prožívání daného aspektu. Z 43 respondentů, kteří se setkali s diskriminací, udává celých 37 že k tomuto jednání došlo na základě jejich zdravotního postižení. Pokud připočteme další tři respondenty přidáné možnosti – a sice audismus, přímo diskriminaci z důvodu sluchového postižení a nezáměr o vytvoření komunikačního prostředí na pracovišti, získáme hodnotu 40. (Můžeme přitom říci, že všechny tři přidáné kategorie se přímo váží ke sluchovému postižení.) To by znamenalo, že polovina osob má zkušenosti s diskriminací a polovina tuto zkušenost neudává. V tomto případě – v kontextu známých poznatků – můžeme říci, že hodnocení „50:50“ lze považovat spíše za pozitivní, ačkoli data poukazují na problematické parametry. Diskriminace osob s postižením (obecně) je stále aktuálním problémem.

Vztah k místu bydliště – vlastnictví/pronájem:

35. Kde bydlíte? Tento byt/dům máte:	N
v bytě v družstevním vlastnictví	9
v bytě v osobním vlastnictví	24
v podnájmu	6
v pronajatém bytě	16
v rodinném domě v osobním vlastnictví	24
v rodinném domě v pronájmu	1

Tabulka 16 – vztah k místu bydliště

Otázka byla uvedena v následujícím znění:

35. Kde bydlíte? Tento byt/dům máte: (V případě více bytů uveďte, prosím, ten byt, kde trávíte většinu svého času.)

Ze získaných údajů je patrná rovnováha mezi byty a domy v osobním vlastnictví (24:24). Možnost vlastního bydlení přitom souvisí s QOL také z hlediska dostupnosti – můžeme předpokládat, že bydlení v osobním vlastnictví volí lidé spíše v těch případech, kdy si ho mohou z finančního hlediska tzv. dovolit. Je zřejmé, že zejména u kategorie domů v osobním vlastnictví nemusí jít pouze o majetek dotazovaného. Přesto hodnotíme nemovitost v osobním vlastnictví respondenta či jeho rodiny jako faktor, který QOL ovlivní pravděpodobně

pozitivním způsobem. Tento předpoklad posléze znovu souvisí s celkovým materiálním zabezpečením, které se opět promítá do objektivní i subjektivní roviny kvality života.

Způsob komunikace:

40. Jak komunikujete s nejbližším okolím?	N	%
mluveným jazykem	45	56,25
využívám kombinaci více prostředků - „totální komunikace“ ⁵⁴ (např. mluvené slovo i znaky, mluvené slovo a psaný text atd.)	15	18,75
znakovou podobou (českého) jazyka	5	6,25
znakovým jazykem	13	16,25
jiným způsobem	2	2,5

Tabulka 17 – způsob komunikace s nejbližším okolím

41. Preferovaný způsob komunikace	N
mluvený jazyk	31
znakový jazyk	29
znakovaná čeština	4
kombinaci více prostředků – „totální komunikace“ (např. mluvené slovo i znaky, mluvené slovo a psaný text atd.)	11
přepis textu	3
s úřady i ve styku obchodním a podobně zásadně emailem	1
mluvený jazyk v kombinaci s komunikačními technologiemi – internet, SMS, e-mail	1

Tabulka 18 – preferovaný způsob komunikace

Otázky byly uvedeny v následujícím znění:

40. Jak komunikujete v nejbližší rodině či s osobami v místě bydliště?

42. Jakému způsobu komunikace s okolím dáváte přednost? (Tato položka zjišťuje, jaký způsob komunikace byste preferoval/a, pokud by záleželo pouze na Vašem rozhodnutí.)

Položky týkající se komunikace upozorňují na rozdíl mezi používaným a preferovaným komunikačním kódem. Položka č. 40 se zaměřuje na volbu komunikace s nejbližším okolím respondenta. Položka 41. oproti tomu zjišťuje, jaký komunikační systém by respondent volil, pokud by záleželo čistě na jeho rozhodnutí – tj. nebyl vázán určitou nutností se v rámci komunikačního procesu přizpůsobit svému okolí. V prvním případě lze pozorovat menší odklon od mluveného jazyka (45 respondentů oproti 31 v položce č. 41), a větší příklon k jazyku znakovému – 13 respondentů v položce č. 40 oproti 29 v položce č.41. I na tomto

⁵⁴ „Totální komunikací“ pro pracovní potřeby tohoto šetření myslíme využití všech dostupných komunikačních aspektů, které napomáhají proběhnutí funkční komunikace v praxi. Pojem by neměl být ztotožňován s totální komunikací jakožto filozofickým přístupem, využívaným ve vzdělávání.

místě je důležité mít na zřeteli velkou heterogenitu osob se sluchovým postižením – preference znakového jazyka v komunikačním procesu apriori nevylučuje možnost určité schopnosti používat mluvený jazyk – zejména v komunikaci s majoritní populací. Takový mluvní projev pak zpravidla nese specifické logopedické odchylky či agramatické rysy, avšak pro základní či běžné využití v rámci vyřizování denních záležitostí je „dostačující“. Naopak existují uživatelé znakového jazyka, kteří mluvený projev nevyužívají vůbec – z více možných důvodů zahrnujících např. i osobní rozhodnutí dotyčného. Položka 41 navíc v rámci své polouzavřené struktury přidává možnost vlastního popisu preferované komunikace – v tabulce se jedná o možnost komunikace pomocí e-mailu a kombinaci mluveného jazyka s „komunikačními technologiemi“. Obě výše zmíněné položky dále doplňují údaje z polouzavřené otázky, týkající se komunikace s majoritní, tedy slyšící, společností:

42. Způsob komunikace s majoritní společností:	N
mluvený jazyk	51
znakový jazyk	5
znakovaná čeština	1
s využitím tlumočnicka	1
kombinací více prostředků – „totální komunikace“	10
písemným způsobem	5
Odezíráním, mluvou i písemně	1
mluvená řeč s odezíráním, psaná forma	1
mluveným jazykem a někdy tedy hlavně se cizími lidmi raději písemným způsobem	1
s lidmi, se kterými se často stýkám, tam odezíráním, jinak písemně.	1
mluveným jazykem v kombinaci s komunikačními technologiemi – internet, SMS, e-mail	1
Záleží na okolnostech. Mohu s major. spol. mluvit, znakovat (pokud umí či s tlumočnickem), využít přepisovatele... psát...	1
kombinací mluveného jazyka s psaným textem	1

Tabulka 19 – způsob komunikace s majoritní společností

Otázka byla uvedena v následujícím znění:

42. Jakým způsobem komunikujete s majoritní, tedy slyšící populací?

Na základě dat z této položky můžeme opět pozorovat faktor určitého „přizpůsobení se“. Mluvený jazyk zde znovu převládá, potlačen byl znatelně jazyk znakový (preferenční komunikační kanál tvořil u 29 respondentů, ale v komunikaci s majoritní společností ho využívá pouhých 5 osob – respektive 6, připočteme-li možnost tlumočnicka). Komplexní pohled na tuto položku poukazuje na téměř 64 % (přesně 63,75%) osob, které v komunikačním procesu spíše adaptují na způsoby komunikace intaktní populace, ačkoli ne

všichni tento přístup také preferují. Druhou nejpočetnější položkou bylo využití „totální komunikace“ – tedy všech dostupných komunikačních metod využívaných tak, aby důsledky sluchového postižení byly v rámci interakce se slyšící populací co nejmenší – možnost zvolilo 10 respondentů, což je v porovnání s první možností (mluvený jazyk – 51) poměrně velký nepoměr.

Preferenci znakového jazyka v rodině a k tomu se vázající využití tlumočníka v komunikaci s intaktní populací dále hodnotí hypotéza č. 4. Způsobu komunikace (respektive znakovému jazyku a dosaženému vzdělání) se věnuje hypotéza č. 1.

Přítomnost sluchového postižení u dalších členů domácnosti (rodina):

38. Další osoba se sluchovým postižením ve společné domácnosti	N	%
ano	42	52,50
ne	38	47,50

Tabulka 20 - sdílení domácnosti s další osobou se SP

39. Kdo další ze spol. domácnosti má SP – vztah k respondentovi	N
kamarádi	1
manžel/manželka	19
partner/partnerka	8
potomek	5
rodič	4
sourozenec	4

Tabulka 21 – další osoba se SP ve společné domácnosti – vztah

Otázky byly uvedeny v následujícím znění:

38. Je někdo další ze společné domácnosti osobou s postižením sluchu? Pokud ano, odpovězte, prosím, na otázku č. 39.

39. Uveďte, kdo další z Vaší společné domácnosti je osobou s postižením sluchu. V případě potřeby vyberte více možností. Je to Váš/Vaše:

Zajímavé, téměř poloviční, rozdělení přinesla položka týkající se sluchového postižení u dalšího člena společné domácnosti. Ze 42 respondentů, kteří udávají přítomnost stejného postižení u dalšího člena domácnosti, se ve 27 případech jedná o manžela či partnera. Zbylých 38 respondentů neudává bydlení s další osobou, která by měla sluchové postižení. Získaná data poukazují na mírně převažující životní partnerství osob se stejným typem postižení, avšak vzhledem k charakteristice výzkumného souboru nemůžeme tento jev považovat za zcela prokazatelný. Aspektu vztahu osob se sluchovým postižením, které společně sdílejí domácnost a jejich vzájemnému vztahu se věnuje hypotéza č. 9.

Dosažené vzdělání a znalost cizích jazyků

9. Nejvyšší dosažené vzdělání	N	%
základní vzdělání	3	3,75
výuční list	14	17,5
maturita	30	37,5
vyšší odborné vzdělání	6	7,5
vysokoškolské vzdělání bakalářského stupně	12	15
vysokoškolské vzdělání magisterského stupně	13	16,25
vysokoškolské vzdělání doktorského stupně (počítá se i rigorózního řízení)	2	2,5

Tabulka 22 – znalost cizích jazyků

10. znalost cizích jazyků:	N	%
anglický jazyk	56	70
německý jazyk	2	2,5
ruský jazyk	3	3,75
slovenský jazyk	2	2,5
český jazyk (pokud je vaším mateřským jazykem český znakový jazyk)	11	13,75
český znakový jazyk (pokud není znakový jazyk vaším mateřským jazykem)	4	5
jiný	2	2,5

Tabulka 23 – nejvyšší dosažené vzdělání

Otázky byly uvedeny v následujícím znění:

9. Jaký je nejvyšší ukončený stupeň Vašeho vzdělání?

10. Jaké jsou Vaše jazykové znalosti? Vyjmenujte prosím ty jazyky, u nichž máte alespoň základní znalost – můžete zvolit libovolný počet jazyků.

Aktuální stav vzdělání u respondentů pozitivně poukazuje na stoupající trend nejvyššího dosaženého vzdělání, u čehož lze předpokládat, že pozitivním způsobem ovlivní subjektivní i objektivní oblasti QOL. Převládá zisk úplného středního vzdělání (30 dotazovaných, tj. 37,5%), souhrnný údaj za oblast vysokoškolského vzdělání dosahuje čísla 27 (33,75%) a je pravděpodobné, že toto číslo bude dále stoupat. Vidíme pouze 3 respondenty, kteří po základní škole nepokračovali v dalším studiu. Z hlediska udávané znalosti cizích jazyků dosahuje nejvyšší frekvence nepříliš překvapivě znalost anglického jazyka (56 dotazovaných, tj. 70%). S velkým odstupem je zmíněn ruský jazyk (3 osoby) a německý jazyk (2 respondenti). 11 dotazovaných uvedlo jako cizí jazyk český jazyk, již dle znění dané položky je tedy patrné, že jejich mateřským jazykem je český znakový jazyk. Předpokládáme, že tento jazyk jako jeden z prvních osvojených (nebo osvojený během 1. stupně povinné školní docházky) bude ve skutečnosti vnímat více dotazovaných. Je pravděpodobné, že zejména u respondentů, kteří navštěvovali základní školu pro žáky se sluchovým postižením, docházelo paralelně k rozvoji dvou svébytných jazykových kódů – českého jazyka a českého znakového jazyka. V takových případech (zejména v kontextech minulosti a se stoupající ztrátou sluchu

dotyčného) považujeme za očekávatelné, že aktivní znalost českého znakového jazyka předčila znalost jazyka českého.

Nejvyšší dosažené vzdělání a způsob komunikace dále zkoumá hypotéza č. 1. Vysokoškolské vzdělání a vztah k volnočasovým aktivitám posléze hodnotí hypotéza č. 10.

Využívání podpůrných opatření a služeb tlumočnicka/transliterátora:

49. Využívání „podpůrných“ opatření:	N	%
FM systém	1	1,25
dodržování zásad pro komunikaci se sluchově postiženou osobou (např. dobrá možnost odezírání, přiměřená vzdálenost apod.)	19	23,75
kochleární implantát	8	10
přepis textu/zápis	2	2,50
sluchadlo	45	56,25
neuvědlo	5	6,25

Tabulka 24 – využívání podpůrných opatření

50. Využití tlumočnicka/transliterátora:	N	%
ano – využívám služeb tlumočnicka českého znakového jazyka	36	45
ne – nevyžívám služeb tlumočnicka českého znakového jazyka	8	10
ne – nevyžívám služeb transliterátora znakové češtiny	1	1,25
nevyžívám žádný typ tlumočení	35	43,75

Tabulka 25 – využití tlumočnicka

Otázky byly uvedeny v následujícím znění:

49. Používáte některá z následujících podpůrných opatření? (Výraz „podpůrná opatření“ byl v tomto kontextu zvolen jako zastřešující pojem pro všech šest možností, které položka nabízela. Z důvodu přehlednosti a „jednoduchosti“ pokládané otázky jsme se rozhodli zvolit pro širší kategorii možných kompenzačních pomůcek či mechanismů jeden společný termín, ačkoli se v důsledku dá hovořit o více kategoriích. Termín tak, jak byl uveden v našem textu, by měl být považován za pracovní.)

50. Využíváte služeb tlumočnicka? Nabídka u této položky obsahovala také možnost využití transliterátora znakové češtiny a jiného typu tlumočení (např. vizualizátora mluvené češtiny, tlumočnicka pro osoby s hluchoslepotou atd.)

Z této položky je patrné, že u více než poloviny respondentů převládá využití sluchadla, 8 osob má kochleární implantát. Menší počet – tedy 5 – respondentů nevyužívá žádné z uvedených nejčastějších podpůrných opatření. Sluchadlo jako využívanou kompenzační možnost uvedla více než polovina respondentů (56,25%), což znamená, že ho využívají i lidé s jiným stupněm ztráty sluchu, než je nedoslýchavost (tu udávalo 34 dotazovaných, tedy 42,5%). Naopak nejméně je využíván FM systém, který byl uveden pouze v jednom případě. Z hlediska využití tlumočnických služeb – respektive tlumočnicků/transliterátorů – vidíme, že tyto služby využívá necelá polovina dotazovaných – 36 osob. 35 osob naopak uvedlo, že žádný typ tlumočení nevyužívá. V nabídce odpovědí byl dále uveden transliterátor znakované češtiny – tento typ tlumočení neoznačil žádný z respondentů. Rovněž nikdo nevyužívá služeb dalších tlumočnicků (např. vizualizátor, tlumočnick pro osoby s hluchoslepotou atd.). V tabulce jsou uvedeny pouze ty možnosti odpovědí, které respondenti zvolili. Celkový počet respondentů, kteří využívají služeb tlumočnicka českého znakového jazyka mírně převyšuje počet osob, kteří preferují komunikaci s okolím skrz tento komunikační kód (viz položka č. 41, kdy 29 osob preferuje znakový jazyk a 4 osoby znakovanou češtinu, dohromady se tedy může jednat o 32 respondentů). Tento rozdíl může být způsoben také využíváním tlumočnických služeb pouze na specifické příležitosti (např. kulturní akce), při kterých respondenti tuto službu vyžadují. S tím by kooperovala i následující, v tabulkách již neuvedená položka č. 51, která poukázala na to, že pravidelně využívají služeb tlumočnicka pouze 3 osoby (tj. 8,33%), u zbytku jde o nepravidelnou službu, což je vzhledem k situaci, panující v oblasti tlumočnických služeb, nepřekvapivé zjištění. Vztahu mezi využíváním podpůrných opatření u respondentů s vysokoškolským vzděláním a jejich účasti na volnočasových aktivitách se věnuje hypotéza č. 7.

Spokojenost s životem v ČR a životní podmínky v místě bydliště:

54. Celková spokojenost s životem v ČR:	N	%
jsem velmi spokojen(a)	16	20
jsem spíše spokojen(a)	32	40
jsem spokojen(a)	22	27,5
jsem nespokojen(a)	4	5
jsem spíše nespokojen(a)	3	3,75
jsem velmi nespokojen(a)	1	1,25
nevím	2	2,5

Tabulka 26 – spokojenost s životem v ČR

55. Životní podmínky v místě bydliště	N	%
jsou velmi dobré	26	32,5
jsou spíše dobré	35	43,75
jsou průměrné	15	18,75
jsou spíše špatné	2	2,5
jsou velmi špatné	2	2,5

Tabulka 26 – životní podmínky v místě bydliště

Otázky byly uvedeny v následujícím znění:

54. Jste celkově spokojen/a s životem v České republice?

55. Domníváte se, že v místě Vašeho bydliště jsou dobré životní podmínky?

Subjektivní spokojenost s životem v zemi pobytu a tatáž spokojenost s místem bydliště představují faktory, které se významně promítají do komplexního zhodnocení kvality života. Získaná data poukazují na převažující spokojenost v obou uvedených položkách. Shodně byla pak zvolena možnost „spíše spokojen/a a spíše dobré“. Pozitivní výsledky lokálních hledisek potvrzuje malý počet odpovědí, popisujících životní podmínky jako „velmi špatné“ (2) či vyjadřující respondentovu „velkou nespokojenost“ (pouze 1). 61 dotazovaných (tj. 76,25%) se navíc domnívá, že životní podmínky v místě jejich bydliště jsou z komplexního pohledu dobré. Tento poznatek můžeme hodnotit jako velmi kladný, navíc koresponduje s údaji dotazníku WHOQOL-BREF, kde doména enviromentální oblasti dosáhla velmi vysokého celkového skóru – a to i v porovnání s výsledky intaktní populace (viz kapitola 5.2). Ukazatel subjektivní spokojenosti s životními podmínkami a situací z hlediska státu a místa pobytu je možno srovnat s ukazateli, poukazujícími na tyto parametry z objektivního zřetele. Jedná se např. o již zmíněný Index lidského rozvoje, který Českou republiku řadil v roce 2015 na 19. místo z evropských států (v celosvětovém měřítku pak na 28. místo) se statusem velmi vysokého rozvoje (Very high human development), což je nejvyšší možná kategorie.⁵⁵ Z našeho pohledu tedy můžeme říci, že subjektivní a objektivní ukazatele této dimenze QOL jsou zde v rovnováze a přinášejí vzájemně podobná data.

Aspekty věku a subjektivní životní spokojenosti dále řeší hypotéza č. 6.

Volnočasové aktivity a osobní rozvoj:

60. Možnost omezení vol. aktivit:	N	%
ano	40	50
ne	22	27,5
nevím	18	22,5

Tabulka 27 – možnost omezení aktivit

63. Existence omezených aktivit:	N	%
ne	21	26,25
nevím	33	41,25
uvedená vlastní možnost	26	32,50

Tabulka 28 – existence omezených aktivit

Otázky byly uvedeny v následujícím znění:

⁵⁵ Zdroj: Human Development Report, 2016, [online].

60. Domníváte se, že vzhledem ke stavu Vašeho sluchu se můžete ve svém volném čase věnovat všem aktivitám, kterým byste si přál/a?

63. Domníváte se, že existuje nějaká aktivita, kterou byste chtěl/a provozovat (vykonávat), ale nemůžete se jí věnovat vysloveně kvůli stavu Vašeho sluchu?

Položky, zaměřující se na volnočasové aktivity, představují další důležitý bod v celkovém konceptu hodnocení subjektivní životní spokojenosti. Možnost participace na aktivitách, které člověku přinášejí uspokojení a napomáhají jeho seberozvoji, představují – zejména z dlouhodobého hlediska – aspekt, jehož naplňování předchází vzniku frustračních tendencí. Uvedené položky poukazují na převahu osob, které se domnívají, že jim stav sluchu nebrání ve vykonávání preferovaných zájmových aktivit a možností osobního rozvoje. Je zde však patrné i nezanedbatelné procento respondentů (22,5), které si s odpovědí na tuto otázku není jisto (zvolená možnost „nevím“). Tato možnost převládá i u následující položky, která sledovala osobní náhled na možnosti participace na volnočasových aktivitách v kontextu sluchového postižení. 26 respondentů v tomto případě využilo polouzavřenosti této položky a uvedlo výčet vlastních aktivit. Objevovaly se možnosti jako: pilot, kurz přežití v divočině, policista, profesionální řidič, tanec či profesionální tanečník, koncerty, divadlo atd., přičemž si jednotlivé aktivity byly navzájem podobné (tj. týkaly se sportu, tance, umění a dalších kulturních aktivit). Na tomto místě jsou dobře patrné důsledky sluchového postižení a jeho dopady na zdánlivě běžné životní aktivity. Lze počítat s tím, že přítomnost smyslového postižení poukáže na charakteristická omezení, která se promítají do činností, v rámci jejichž vykonávání je třeba využívat auditivní vnímání a orální vyjadřování.

Nabídkou volnočasových aktivit z hlediska místa bydliště či práce se zabývala hypotéza č. 8.

Frekvenci cestování do zahraničí, další aspekt, který můžeme řadit do trávení volného času, řeší v kontextu stavu sluchu hypotéza č. 10.

Vyhodnocení stanovených výzkumných hypotéz, vztahujících se k autorskému dotazníku:

Při zpracování a vyhodnocování všech získaných dat z obou instrumentů jsme pracovali s následujícími, nejčastějšími, termíny:

- N – počet respondentů v základním souboru
- Mean – (zde aritmetický) průměr, střední hodnota (míra centrální tendence)

- Medián – udává přesný střed v řadě čísel
- SD – směrodatná odchylka (udává průměrnou odchylku v řadě čísel, odlišení od střední hodnoty)
- SE – standard error (standardní chyba výběru)
- *p*-hodnota – označení hladiny statistické významnosti od 0,05 níže

Pro statistické účely byl použit Fischerův exaktní test (není-li uvedeno jinak), jelikož nebyla splněna podmínka očekávané četnosti pro použití chí-kvadrátového testu (tzv. Pearsonův test dobré shody). Každá ze stanovených hypotéz vychází ze vzájemné kombinace uvedených dotazníkových položek.

H1= Osoby komunikující znakovým jazykem v převážné většině dosahují nižšího vzdělání než osoby komunikující mluveným jazykem.

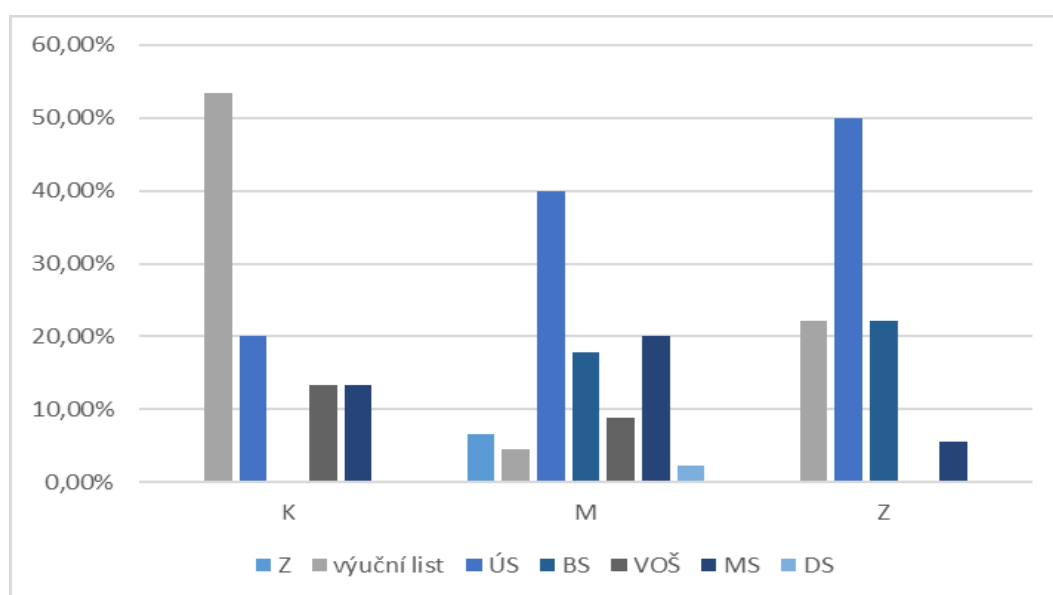
Tato hypotéza vychází z položek č. 40, 41 a 42.

Položka č. 40 – Způsob komunikace s rodinou a osobami v místě bydliště

40	Z	S	ÚS	BS	VOŠ	MS	DS
kombinace více prostředků	0	8 (53,4%)	3 (20,0%)	0	2 (13,3%)	2 (13,3%)	0
mluvený jazyk	3 (6,6%)	2 (4,4%)	18 (40,0%)	8 (17,8%)	4 (8,9%)	9 (20,0%)	1 (2,3%)
znakový jazyk	0	4 (22,2%)	9 (50,0%)	4 (22,2%)	0	1 (5,6%)	0

Tabulka 29 – způsoby komunikace

(N=78 z důvodu vyčlenění dvou respondentů, komunikujících „jiným způsobem“.)



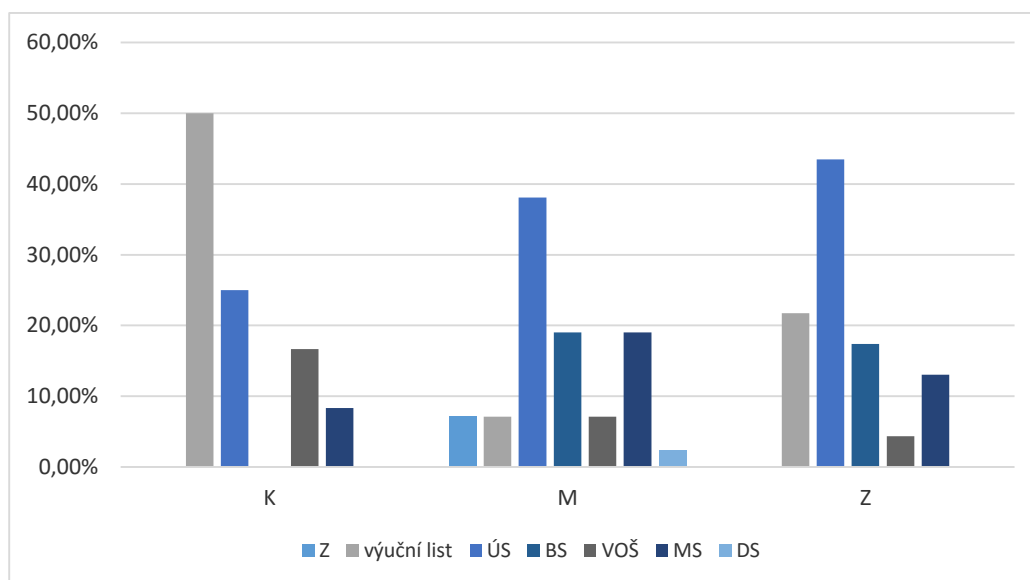
Graf 1 – dosažené vzdělání a využívaný způsob komunikace. K – kombinace více prostředků, m – mluvený jazyk, z – znakový jazyk. Z – základní vzdělání, S – střední, ÚS – úplné střední, VOŠ – vyšší odborná škola, BS – bakalářský stupeň, MS – magisterský stupeň, DS – doktorské studium.

Z prezentované tabulky a grafu č. 1 je patrná převaha různých komunikačních forem. Osoby s výučním listem (střední vzdělání) nejvíce využívají ke komunikaci s nejbližším okolím či rodinou „kombinaci více prostředků“. Respondenti s maturitou, tedy úplným středním vzděláním, komunikují v rodině a s osobami v místě bydliště zejména mluveným jazykem, totéž platí pro osoby ve všech stupních vysokoškolského vzdělání. Absolventů vyšších odborných škol není mnoho (celkem 6) a převládá u nich komunikace s okolím skrz mluvený jazyk. Dosažení základního vzdělání bylo uvedeno pouze ve třech případech a zde se jednalo o komunikaci mluveným jazykem ve 100 % případů. Znakový jazyk je nejpočetněji zastoupen u respondentů s úplným středním vzděláním (9). Souhrnný náhled na položku poukazuje na převažující komunikaci mluveným jazykem napříč stupni vzdělání.

Položka č. 41 – Preferovaný způsob komunikace a dosažené vzdělání

41	Z	S	ÚS	BS	VOŠ	MS	DS
kombinace více prostředků	0	6 (50.0%)	3 (25.0%)	0	2 (16.7%)	1 (8.3%)	0
mluvený jazyk	3 (7.1%)	3 (7.1%)	16 (38.1%)	8 (19.1%)	3 (7.1%)	8 (19.1%)	1 (2.4%)
znakový jazyk	0	5 (21.7%)	10 (42.4%)	4 (17.4%)	1 (4.4%)	3 (13.1%)	0

Tabulka 30 – preferovaný způsob komunikace



Graf 2 – dosažené vzdělání a preferovaný způsob komunikace. K – kombinace více prostředků, M – mluvený jazyk, Z – znakový jazyk. Z – základní vzdělání, S – střední vzdělání, ÚS – úplné střední, VOŠ – vyšší odborná škola, BS – bakalářský stupeň, MS – magisterský stupeň, DS – doktorské studium.

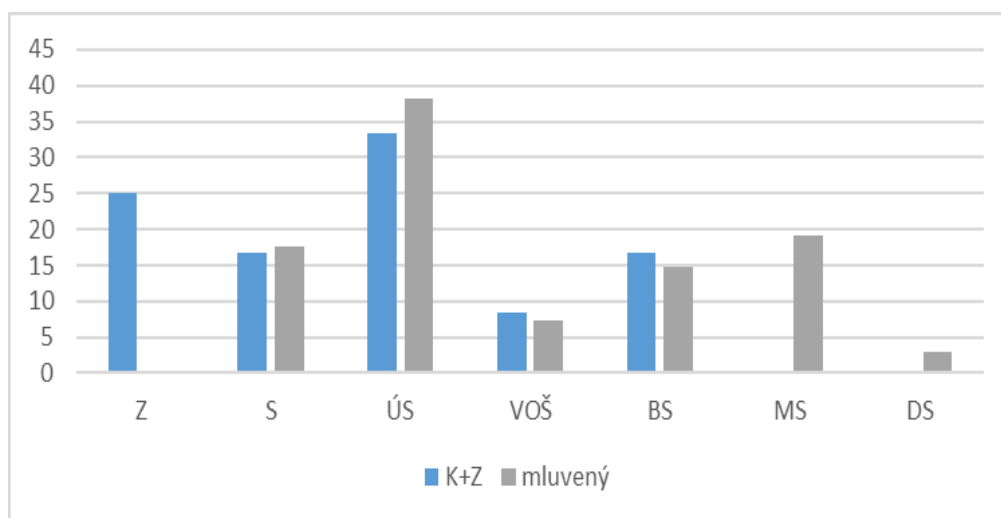
Tabulka a graf č. 2 se soustředí na preferovaný způsob komunikace (zde N=80). Opět je patrný příklon osob s výučním listem (střední vzdělání) ke komunikaci „více prostředky“. V případě úplného středního vzdělání naopak převládá jako preferovaná komunikační forma znakový jazyk. Mluvený jazyk posléze převažuje ve všech dalších typech vzdělání – u vyššího odborného a vysokoškolského. Tabulka č. 23 a 24 popisně shrnovala údaje týkající se způsobu komunikace s nejbližším okolím a preferenčním komunikačním způsobem. Následující tabulka uvádí údaje z položky č. 42, které byly použity ke statistickému testování z toho důvodu, že způsob komunikace s majoritní společností můžeme v rámci vzdělávání považovat za stěžejní.

V následující tabulce a grafu jsou uvedeny sloučené výsledky z položky č. 42, týkající se způsobu komunikace s majoritní společností do dvou kategorií – 1. kombinace více prostředků a znakový jazyk, 2. mluvený jazyk, přičemž kombinace více prostředků v sobě zahrnuje i další nabízené kategorie. Toto sloučení bylo provedeno z důvodu praktické testovatelnosti hypotézy. Z prezentované četnosti je patrná značná převaha mluveného jazyka u osob s úplným středním vzděláním, znakový jazyk či kombinaci více prostředků využívají nejvíce 4 respondenti taktéž s maturitou. Mluvený jazyk jakožto komunikační kód, používaný s intaktní populací, dále převažuje ve všech ostatních typech vzdělání. Ze všech prezentovaných dat je dále dobře patrný již zmíněný rozdíl mezi využívanou a preferovanou komunikací, včetně odlišného komunikačního způsobu s majoritou.

Položka č. 42 – Způsob komunikace s majoritou a dosažené vzdělání (N=80):

42	Z	S	ÚS	VOŠ	BS	MS	DS
kombinace více prostředků a znakový jazyk	3 (25.0%)	2 (16.7%)	4 (33.3%)	1 (8.3%)	2 (16.7%)	0	0
mluvený jazyk	0.00	12 (17.7%)	26 (38.2%)	5 (7.3%)	10 (14.7%)	13 (19.2%)	2 (2.9%)

Tabulka 31 – způsob komunikace a dosažené vzdělání



Graf 3 – dosažené vzdělání a využívaný způsob komunikace s majoritní populací. K+Z – „kombinace více prostředků“ a znakový jazyk.

Tabulka č. 31 a graf č. 3 poukazují na posunutí četnosti směrem k vyššímu vzdělání u těch respondentů, kteří komunikují primárně mluveným jazykem. Provedený test nezávislosti položky **je statisticky významný ($p= 0,02$)**. Lze tedy říci, že existuje závislost mezi používaným komunikačním kódem a nejvyšší dosaženou úrovní vzdělání (a to ve prospěch mluveného jazyka). Magisterský, popř. doktorský, stupeň vzdělání je přítomen pouze u osob komunikujících právě mluveným jazykem, což nepovažujeme za překvapivé. Očekávali jsme, že komunikace mluveným jazykem celkově usnadňuje styk s většinovou populací a tím pádem činí lépe dostupné i různé stupně vzdělávání. Dalším aspektem, který se k tomuto bodu váže, je pravděpodobná větší provázanost verbálního způsobu komunikace s dobrou znalostí českého jazyka, což se posléze opět promítá do dosažené úrovně vzdělání. V tomto bodě se ovšem jedná o komplexnější otázku v rámci, které je třeba mít na zřeteli velkou heterogenitu osob se sluchovým postižením. Obecněji řečeno je zde možné aplikovat předpoklad, říkající, že je-li prvním a preferovaným využívaným způsobem komunikace znakový jazyk, budou v našem prostředí přítomny i určité potíže se správným osvojením českého jazyka. Je ale třeba zdůraznit, že se jedná o obecněji tradovaný poznatek, který by jednak stál za další výzkumné zkoumání a je třeba mít na zřeteli, že ho nelze plošněji zobecňovat.

Pro potřeby statistického zhodnocení byly jednotlivé kategorie položek, uvedených v této hypotéze, sloučeny tak, aby bylo zachováno významové rozlišení jednotlivých komunikačních kódů.

Hypotézu č. 1 je **možno verifikovat**.

H2= Hloubka sluchové ztráty a pocit subjektivní životní spokojenosti jsou v negativním vztahu.

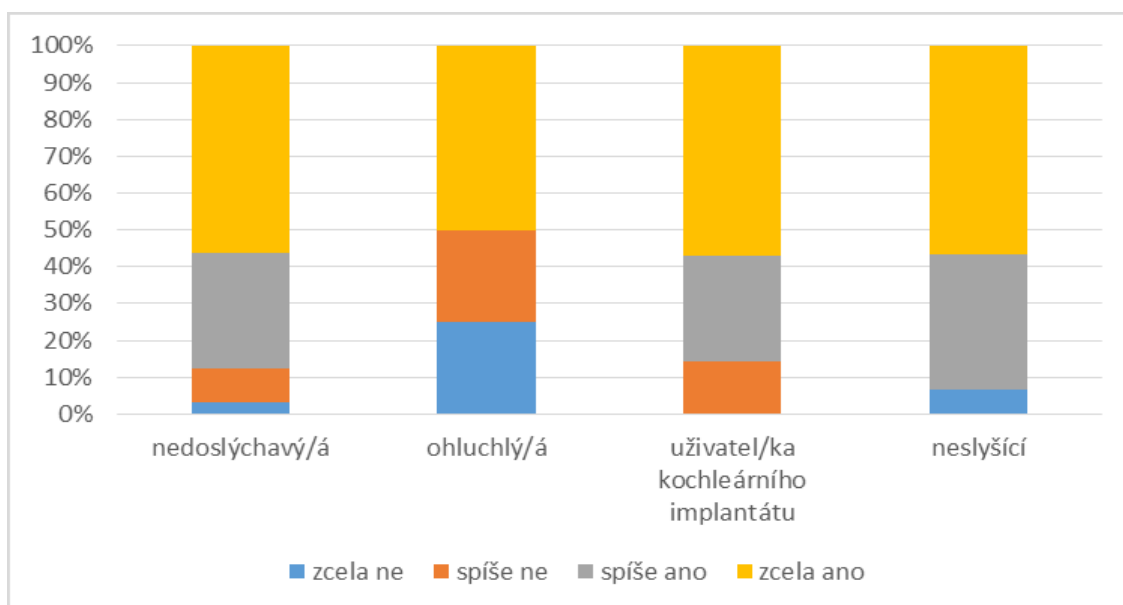
Tato hypotéza vychází z položek č. 3, 6 a 7.

Pro komplexnost vyhodnocených dat byla provedena analýza obou položek, týkajících se rodinné a sociální subjektivní spokojenosti. 7 respondentů v položce č. 6 zvolilo možnost odpovědi „nevím“.

Položka č. 6 – Spokojenost s rodinným životem a typ sluchového postižení.

6. Spokojenost s rodinným životem	zcela ne	spíše ne	spíše ano	zcela ano
nedoslýchavý/á	1 (3,1%)	3 (9,4%)	10 (31,3%)	18 (56,3)
ohluchlý/á	1 (25,0%)	1 (25,0)	0 (0,0)	2 (50,0)
uživatel/ka kochleárního implantátu	0 (0%)	1 (14,3)	2 (28,6)	4 (57,1)
neslyšící	2 (6,7%)	0 (0,0%)	11 (36,7%)	17 (56,7%)

Tabulka 32 – spokojenost s rodinným životem/ typ sluchového postižení



Graf 4 – sluchové postižení a spokojenost s rodinným životem

Tabulka č. 32 a graf č. 5 ukazují na celkovou převažující spokojenost s rodinným životem u všech stupňů sluchového postižení. Pojem „hloubka ztráty“ byl v kontextu této položky použit jako zastřešující termín pro jednotlivé stupně sluchového postižení. Z prezentovaných dat je patrné, že jak respondenti s „nižším“ stupněm sluchového postižení, tak osoby neslyšící, uvádějí celkovou vyšší spokojenost se sledovanými parametry. Provedený

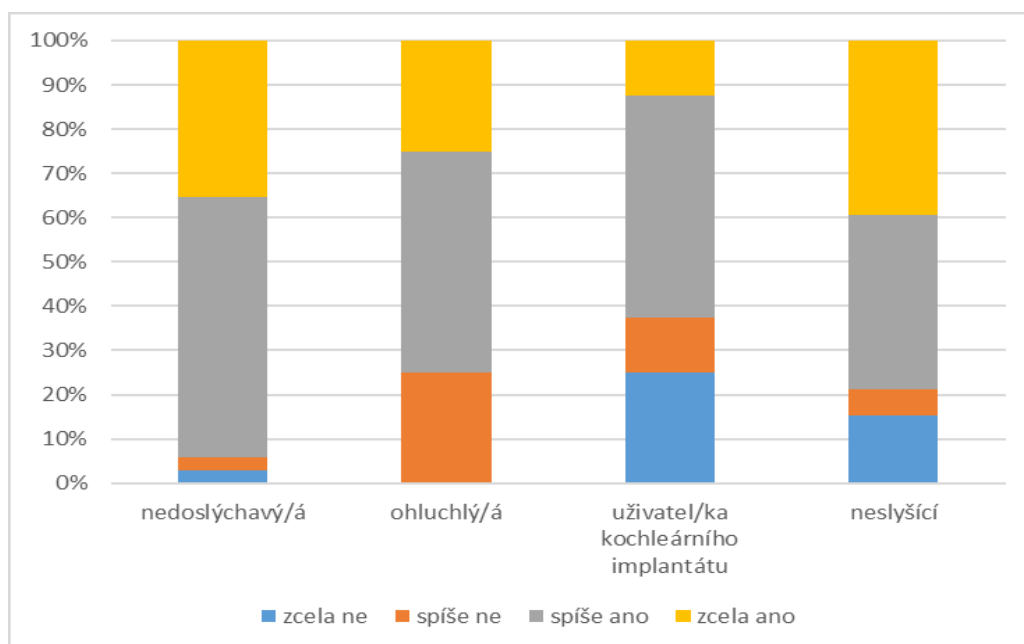
Fischerův test poukazuje na **statistickou nevýznamnost** ($p = 0,25$), což koreluje s uvedenými daty.

Položka č. 7 – Spokojenost se sociálním životem:

V této položce 1 respondent zvolil možnost odpovědi „nevím“.

7. Spokojenost se sociálním životem:	zcela ne	spíše ne	spíše ano	zcela ano
nedoslychavý/á	1 (2,9%)	1 (2,9%)	20 (58,8%)	12 (35,3)
ohluchlý/á	0 (0,0%)	1 (25,0%)	2 (50,0%)	1 (25,5%)
uživatel/ka kochleárního implantátu	2 (25,0%)	1 (12,5%)	4 (50,4%)	1 (12,5%)
neslyšící	5 (15,2%)	2 (6,1%)	13 (39,4%)	13 (39,4%)

Tabulka 33 – spokojenost se sociálním životem/stupeň sluchového postižení



Graf 5 – sluchové postižení a spokojenost se sociálním životem

Tabulka č. 33 a graf č. 6 poukazují na spokojenost se sociálním životem napříč různými stupni sluchového postižení. Oproti předchozí položce je patrný mírný odklon od celkové spokojenosti. Osoby neslyšící udávají v pěti případech velkou nespokojenost (možnost „zcela ne“), zatímco v případě spokojenosti s rodinným životem se jednalo o dva respondenty. Při pohledu na celkové hodnoty je patrné, že odklon od spokojenosti není příliš markantní. Rodinná situace se však jeví jako oblast, ve které dotazovaní cítí větší subjektivní spokojenost. Předpokládali jsme u této hypotézy přímou úměru – tedy že čím větší je sluchová ztráta, tím větší také bude subjektivní životní nespokojenost. Ze získaných dat je

v celkovém zhodnocení patrné, že hloubku sluchové ztráty není možné dávat do přímé souvislosti s životní spokojeností – v rámci námi sledovaných parametrů. Toto zjištění je možno považovat za pozitivní, naznačuje spokojenost i osob neslyšících, které (z hlediska většinové společnosti) pokládáme za skupinu s nejtěžším stupněm postižení v rámci sledovaných parametrů. Ze statistického hlediska tedy **nemůžeme rozdíly** mezi položkami **považovat za významné** (testy nezávislosti: $p=0,19$).

Hypotézu č. 2 **není možné verifikovat**.

H3 = Osoby se sluchovým postižením, zaměstnané v trvalém pracovním poměru, pracují většinou v jiném oboru, než který vystudovaly.

Tato hypotéza vychází z položek č. 11 a 17 (v tabulce sloučeno).

Zaměstnání/vystudovaný obor	ano	ne
zaměstnaní	26 (70,27%)	11 (29,73%)
zam. +studium	10 (76,92%)	3 (23,08%)
celkem	36 (72,00 %)	14 (28,00 %)

Tabulka 34 – zaměstnání/vystudovaný obor

Číselné veličiny zobrazené v tabulce č. 34 poskytují údaje o osobách, které aktuálně pracují v trvalém pracovním poměru. Tato hypotéza se soustředí na stálý pracovní poměr, neřeší tedy brigády či jiná krátkodobá zaměstnání/privýdělnky. Předpokládali jsme zvýšenou fluktuaci zaměstnanců se sluchovým postižením mezi jednotlivými pracovními odvětvími – a to jednak z důvodu stavu na trhu práce, ale zejména v kontextu dřívější situace, kdy mnoho osob se sluchovým postižením absolvovalo po základní škole přípravu na profesní uplatnění s omezeným výběrem studijních/zkušebních oborů, zakončených ve většině případů výučním listem. V návaznosti na tuto situaci jsme se domnívali, že tyto osoby budou hledat pracovní uplatnění i mimo vystudovaný obor např. z důvodu vyšší osobní lukrativity dané profese. V celém výzkumném souboru je dále přítomno 14 studentů, kteří ke studiu neudávali žádný pracovní poměr a 11 osob, kteří nepracují ani nestudují. Jelikož je z prezentovaných dat dobře patrné, že výrazně převažují osoby, které pracují v trvalém pracovním poměru a zároveň s tím také v oboru, který primárně vystudovaly, není třeba u této hypotézy provádět statistické testování.

Hypotézu č. 3 **není možné verifikovat**.

H4= Osoby se sluchovým postižením, preferující v blízké rodině komunikaci znakovým jazykem, také preferují komunikaci s majoritní populací pomocí tlumočnicka.

Tato hypotéza vychází z položek č. 40 a 50.

Způsob komunikace/tlumočnick	ano	ne	ano	ne
kombinace více prostředků	10	5	66.67 %	33.33 %
mluvený jazyk	11	34	24.44%	75.56 %
znakový jazyk	14	4	77.78 %	22.22%
celkem	35	43	44.87 %	55.13 %

Tabulka 35 – způsob komunikace v rodině/tlumočnick

Hodnoty zobrazené v tabulce č. 35 i v tomto případě poukazují na poměrně značně převažující hodnoty jedním směrem. Jako první jsou v tabulce uvedeny počty respondentů, následně jejich procentuální zastoupení. Pro zhodnocení uvedené hypotézy jsou zásadní zvýrazněná čísla. Je zřejmé, že osoby, které preferují komunikaci znakovým jazykem ve svém blízkém okolí (rodině), tak tento komunikační způsob preferují i v kontaktu s majoritní populací. Pro pracovní účely jsme do celkového zhodnocení zahrnuli i možnost komunikace skrz „kombinaci více možností“. Téměř 78 % respondentů, kteří využívají v rodinné komunikaci znakový jazyk také podotýká, že upřednostňuje využití služeb tlumočnicka při komunikaci s intaktní populací. Zde je vhodné podotknout, že preference těchto služeb ještě neznačí jejich skutečné využití v praxi. Jak bylo uvedeno v popisné části dat (s. 57), komunikace s většinou populací skrze tlumočnicka byla udána pouze v jednom případě, pět dotazovaných pak udávalo jako preferenční znakový jazyk. Mluvený jazyk a jeho vzájemné kombinace s dalšími prostředky zřetelně převažovaly. Lze se tedy domnívat – a získaná data na to opakovaně poukazují – že preference typu či způsobu komunikace a praktický průběh těchto aspektů v reálném prostředí představují pro osoby se sluchovým postižením dvě rozdílné věci. Prvotní předpoklad, vedoucí ke stanovení této hypotézy, vycházel ze skutečnosti, že komunikace, preferovaná v rodině či s blízkými lidmi, představuje takový způsob komunikační formy, kterou respondent nejvíce přirozeně preferuje. Rodinné prostředí reprezentuje zpravidla tu oblast života, ve které se osoba cítí jednak komfortně, a pak také nejvíce bezpečně. Z toho vyvozujeme, že právě v tomto prostředí bývá volba komunikačního kódu nejméně ovlivněna vnějšími okolnostmi a že zde bývá volen takový prostředek dorozumívání, který je jedinci nejbližší. (Uvedené poznatky ovšem nelze uplatnit globálně.) Vyhodnocení této hypotézy je – stejně jako v předchozím případě – vzhledem k jasně patrným hodnotám možno provést bez dalšího statistického šetření.

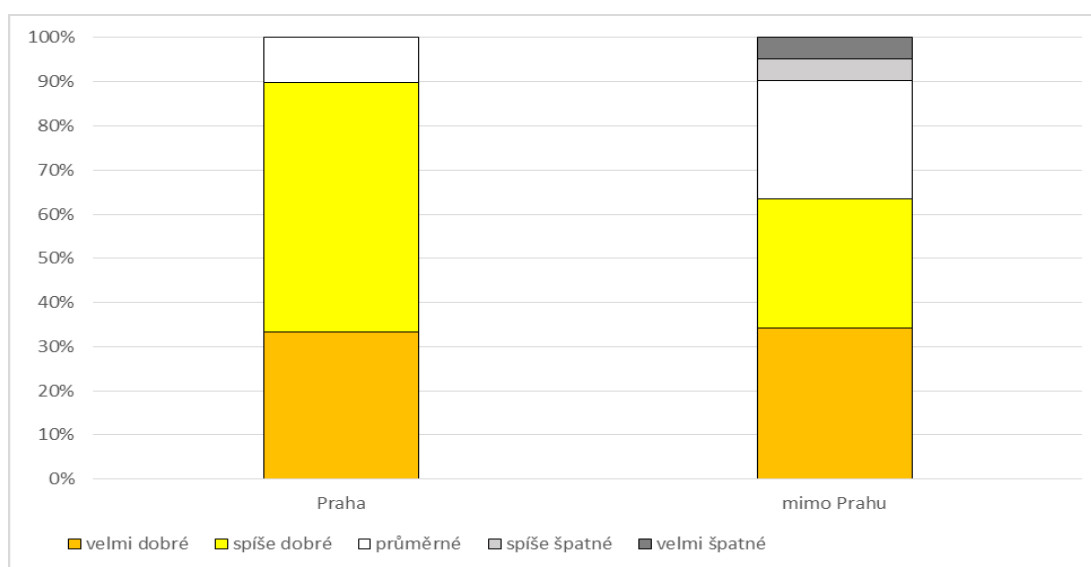
Hypotézu č. 4 je **možno verifikovat**.

H5= Osoby se sluchovým postižením žijící nebo pracující v Praze hodnotí své životní podmínky jako lepší než osoby se sluchovým postižením v jiných částech ČR.

Tato hypotéza vychází z položek č. 55, 56 a 57.

Život/práce v Praze	velmi dobré	spíše dobré	průměrné	spíše špatné	velmi špatné
ano	13 (33,33%)	22 (56,41)	4 (10,26%)	0 (0%)	0 (0%)
ne	14 (34,15%)	12 (29,27%)	11 (26,83%)	2 (4,88%)	2 (4,88%)

Tabulka 36 – život/práce v Praze a životní podmínky



Graf 6 – subjektivní spokojenost s životními podmínkami v Praze a mimo Prahu

Tabulka č. 36 a graf č. 7 porovnávají subjektivní zhodnocení spokojenosti týkající se životních podmínek u respondentů v Praze či mimo Prahu. V tomto městě žije či pracuje celkem 39 dotazovaných (N=80). V případě hlavního města je patrný celkový příklon ke kladnému hodnocení. Zatímco osoby žijící v jiných částech ČR zmiňují (byť jen ve čtyřech případech) i možnosti udávající „spíše špatné“ či „velmi špatné“ podmínky, v případě Prahy se tato možnost nevyskytuje. Nejpočetnější skupina (22 osob) popisuje pražské podmínky jako „spíše dobré“. V případě osob mimo Prahu převažuje skupina hodnotící podmínky dokonce jako „velmi dobré“ – zde je ovšem počet respondentů nižší, celkem jde o 14 osob. Osoby žijící mimo Prahu tedy v rámci svých odpovědí pokrývají celé nabízené spektrum hodnocení, což se v případě „pražské populace“ nestalo.

Přehledně zmíněné položky a jejich hodnocení znázorňuje grafické zpracování – zde je převažující spokojenost v prvním sloupci, týkajícím se Prahy, dobře patrná. Předpoklad k této

hypotéze tvořily již zmíněné údaje, týkající se objektivně doložitelných příznivých životních podmínek, které v hlavním městě dlouhodobě panují. Předpokládali jsme, že tyto aspekty mají vliv např. i na dostupnost služeb pro osoby se sluchovým postižením, lékařskou péči, možnosti vzdělávání a trávení volného času, prodejny či služby kompenzačních pomůcek atd. Zmíněné oblasti uvedené dotazníkové položky přímo nezkoumají, avšak lze se domnívat, že v celkovém subjektivním vnímání spokojenosti dotazovaných osob je zahrnut i tento aspekt. Provedené testy nezávislosti a test trendu vykazují **statisticky významné hodnoty ($p=0,027$)**. Je tedy patrná závislost mezi subjektivním hodnocením životních podmínek a místem, kde dotazované osoby žijí/pracují (konkrétně v Praze či mimo Prahu).

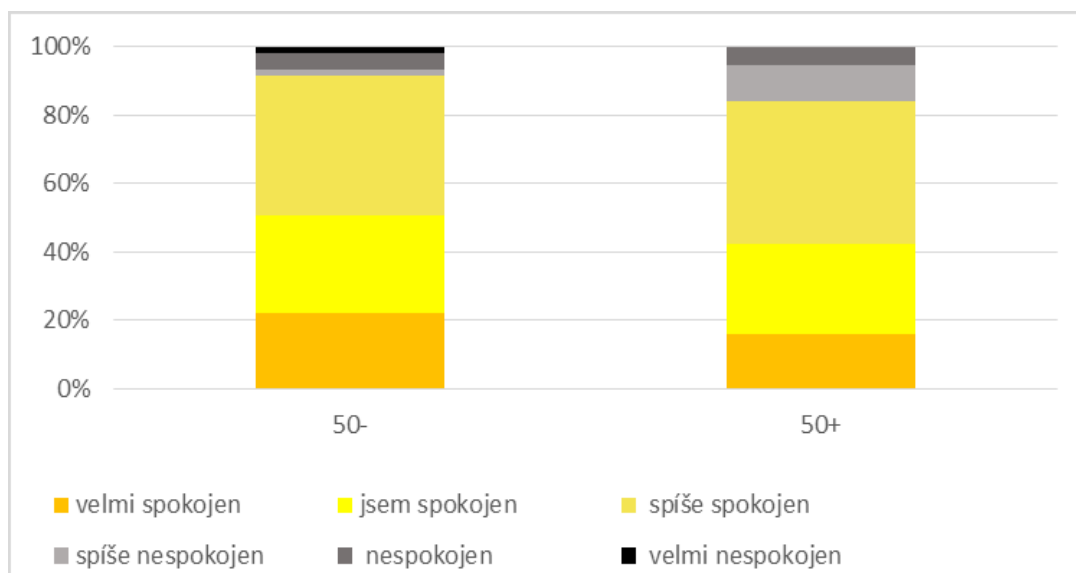
Hypotézu č. 5 je **možné verifikovat**.

H6= Osoby se sluchovým postižením starší padesáti let jsou subjektivně spokojenější se svým životem než mladší osoby se sluchovým postižením.

Tato hypotéza vychází z položek č. 2 a 54.

Věková struktura:	velmi spokojen	jsem spokojen	spíše spokojen	spíše nespokojen	nespokojen	velmi nespokojen
pod 50	13 (22,03%)	17 (28,81%)	24 (40,68%)	1 (1,69%)	3 (5,08%)	1 (1,69%)
50+	3 (15,79%)	5 (26,32%)	8 (42,11%)	2 (10,53%)	1 (5,26%)	0 (%)

Tabulka 37 – věková struktura a životní spokojenost



Graf 7 – Věková struktura a pocit subjektivní životní spokojenosti v ČR

Z hodnocení uvedeného v tabulce č. 37 a grafu č. 8 je patrné, že u osob nad 50. let věku nepřevládá pocit subjektivní spokojenosti. Tato hypotéza nezkoumá vztah věkové struktury

k typu/stupni sluchového postižení vzhledem k uvedené životní spokojenosti v ČR. Soustředí se primárně na přítomnost sluchového postižení a věkové hranice. Výchozím bodem k uvedené hypotéze byl předpoklad, že osoby, které přibližně v době realizace našeho výzkumu dospěly k věkové hranici padesáti let, dosáhly zletilosti ještě před rokem 1989. To znamená, že jejich možnosti vzdělávání, pracovního uplatnění a obecně celkové odborné surdopedické péče, která jim byla věnována, byly ovlivněny dobou komunistického režimu. Domníváme se, že tato skutečnost – i v kontextu možností, které mají osoby s tímto postižením dnes – určitým způsobem poznamenala vnímání a mínění těchto respondentů. Oproti prvotní možné úvaze (a sice, že respondenti v této věkové struktuře budou hodnotit svou spokojenost spíše jako nespokojenost), jsme přistoupili k opačnému předpokladu. Stalo se tak i z důvodu premise, že tito respondenti měli v době své rané dospělosti a při vstupu na pracovní trh zaručené určité „jistoty“ (např. zajištěné pracovní místo a tím garantovaný finanční příjem), což dnešní mladí lidé obecně nemají. Pracovní uplatnění je přitom u osob se sluchovým postižením poměrně známým problematickým prvkem. Dále můžeme zmínit např. i určité rovnostářské nastavení tehdejší společnosti, v rámci kterého nemuseli mít lidé výraznější pocit možné „sociální nespravedlnosti“, což je další oblast, která se v nynějším společenském vývoji dá považovat za spornou. Lze dále říci, že na první pohled snadněji bylo dostupné i bydlení, nebyla přítomna aktuální hypoteční problematika atd. Testové zhodnocení této hypotézy ovšem dokládá **statistickou nevýznamnost ($p=0,31$)**. Data zde poukazují na větší množství respondentů vykazujících jeden ze stupňů dobré subjektivní spokojenosti ve věkové kategorii pod 50 let (i vzhledem k celkovému počtu respondentů v obou věkových skupinách).

Hypotézu č. 6 tedy **není možné verifikovat**.

H7= Mezi využíváním podpůrných opatření osobami se sluchovým postižením s vyšším než úplným středním vzděláním a počtem aktivní znalosti cizích jazyků je pozitivní vztah.

Tato hypotéza vychází z položek č. 9, 10, 49 a 50.

Terciární vzdělání	Mean	SD	Minimum	Maximum	N	Medián
ne	2.21	1.18	1	4	47	2
ano	3.03	1.29	1	6	33	3

Tabulka 38 – terciární vzdělání

49. Využívání podpůrných opatření:	Mean	SD	Min	Max	N	Medián
FM systém	2	.	2	2	1	2
dodržování zásad pro komunikaci se sluchově postiženou osobou (např. dobrá možnost odezírání, přiměřená vzdálenost apod.)	4.3	1.3	3	6	4	4
kochleární implantát	3.5	2.1	2	5	2	3.5
přepis textu/zápis	5.5	0.7	5	6	2	5.5
sluchadlo	2.6	0.9	1	5	23	2
ne	4	.	4	4	1	4

Tabulka 39 – využívání podpůrných opatření/znalost cizích jazyků

Tabulky č.38 a 39 poukazují na využití podpůrných opatření v kontextu se znalostí cizích jazyků. První tabulka udává počet osob s vyšším dosaženým vzděláním, než je maturitní vysvědčení (tedy od vyšší odborné školy po doktorské studium). Vyšší odbornou školu vystudovalo celkem 6 respondentů, 27 dotazovaných tedy v době provedení dotazníkového šetření mělo vysokoškolské vzdělání (z toho: 12 bakalářů, 13 magistrů a 2 absolventi doktorského studia nebo rigorózního řízení). Jelikož víme, že ve vzorku respondentů jsou zahrnuti i vysokoškolští studenti, lze očekávat stoupající množství absolventů vysokých škol. Sloupce minimum a maximum udávají počty znalosti cizích jazyků. Hodnota průměru poukazuje na to, že respondenti s vyšším vzděláním ovládají zhruba tři cizí jazyky – oproti dvěma jazykům u osob s nižším vzděláním. Druhá tabulka poukazuje na využití podpůrných opatření právě absolventy terciárního vzdělávání. Vidíme již zmiňovanou převahu ve využívání sluchadla (23 dotazovaných), jedna osoba zmínila FM systém a stejně tak pouze v jednom případě nebylo udáno využití žádného z podpůrných opatření. Směrodatná odchylka u uvedených opatření nedosahuje vysokých hodnot, což naznačuje, že využívání různých typů podpůrných opatření v kontextu znalosti cizích jazyků nepředstavuje podstatné rozdíly (jinak řečeno, že využití toho kterého typu podpůrných opatření nemá výrazný vliv na počet znalosti cizích jazyků). Následující tabulka analyzuje respondenty s terciárním vzděláním v kontextu využití či nevyužití služeb tlumočnicka znakového jazyka.

50. Využití služeb tlumočníka	Mean	SD	Minimum	Maximum	N	Medián
ano – využívám služeb tlumočníka českého znakového jazyka	3.8	1.3	2	6	16	3.5
ne – nevyžívám služeb tlumočníka českého znakového jazyka	2.5	0.8	2	4	6	2
nevyžívám žádný typ tlumočení	2.3	0.8	1	4	11	2

Tabulka 40 – využití tlumočníka/znalost cizích jazyků

Zobrazené hodnoty poukazují na vyšší počet znalosti cizích jazyků u těch osob, které využívají služeb tlumočníka znakového jazyka. Zároveň je ale patrné, že nevyužívání tlumočníka znakového jazyka nepředstavuje rozdíl oproti případu, kdy dotazované osoby nevyužívají ani žádný další druh tlumočení (průměr je velmi podobný, medián totožný). V případech, kde jsou služby tlumočníka znakového jazyka udávány, vidíme průměrnou znalost cizích jazyků na hodnotě 3,8. Provedený test s neparametrickou analýzou rozptylu (Kruskal-Wallisův test) poukazuje na **statisticky významné** hodnoty ($p=0,0023$). Můžeme tedy potvrdit existenci pozitivního vztahu mezi vysokoškolským vzděláním, využíváním podpůrných opatření a počtem znalosti cizích jazyků (dosažení vyššího vzdělání = vyšší aktivní znalost cizích jazyků). Tato hypotéza vycházela z předpokladu, že absolvování vyššího odborného a vysokoškolského vzdělání s sebou přináší celkově větší studijní nároky – a tedy i zvýšenou potřebu využití cizích jazyků. Svou roli patrně hraje i zvýšená nezbytnost jazykové vybavenosti, potřebná k úspěšnému zvládnutí studia.

Hypotézu č. 7 je možno verifikovat.

H8= Osoby se sluchovým postižením žijící nebo pracující v Praze se věnují více typům volnočasových aktivit než osoby se SP žijící v jiných částech ČR.

Tato hypotéza vychází z položek č. 56 a 61.

56. Život/práce v Praze	Mean	SD	Minimum	Maximum	N	Medián
ano	1.8	1.3	0	4	39	2
ne	2.3	1.4	0	6	41	2

Tabulka 41 – život/práce v Praze a četnost volnočasových aktivit

Tabulka č. 41 zobrazuje počty osob žijících či pracujících v Praze a jejich účast na volnočasových aktivitách. Údaje týkající se průměru hovoří o větším počtu volnočasových aktivit u respondentů žijících mimo Prahu – průměr 2,3 oproti 1,8 pražských respondentů. Medián sice vykazuje stejnou hodnotu u obou proměnných, ale provedený neparametrický dvouvýběrový test (Wilcoxonův test) poukazuje na **statistickou nevýznamnost** ($p=0,77$). Z uvedených dat je patrné, že více typům volnočasových aktivit se větší měrou věnují osoby

se sluchovým postižením žijící mimo Prahu. Toto zjištění pro nás bylo překvapivé, jelikož jsme se domnívali, že Praha – v souvislosti s již uvedenými fakty – poskytuje širší a specifitější možnosti trávení volného času – a to zejména pro osoby se sluchovým postižením, u kterých může být vyžadován specifický přístup (např. přítomnost tlumočnicka znakového jazyka, dostupnost speciálních organizací a jejich lokalizovanost atd.). Po celkovém zhodnocení předkládané hypotézy je možné vyslovit domněnku týkající se finančních aspektů – a sice, že různé typy zájmových a dalších aktivit jsou mimo hlavní město lépe finančně dostupné. Dalším možným důvodem může být množství volného času, který respondenti mohou či chtějí těmto aktivitám věnovat. Proměnné by stály za další možné zkoumání.

Hypotézu č. 8 tedy **není možné verifikovat**.

H9= Jestliže osoby se sluchovým postižením sdílejí domácnost se svým partnerem/partnerkou, pak v převážné většině má jejich partner/partnerka také sluchovou ztrátu.

Tato hypotéza vychází z položek č. 34 a 39.

partner/partnerka se SP	
ano	ne
27	4
87,10 %	12,9 %

Tabulka 42 – partner/partnerka se SP

Z tabulky č. 42 je patrný převažující počet respondentů, žijících v manželství či partnerství, kde u obou osob z páru je přítomno sluchové postižení. Vycházeli jsme z teze, že osoby se sluchovým postižením častěji vstupují do partnerského svazku s osobou se stejným postižením – a to zejména v případě N/neslyšících, u kterých se partnerství v rámci komunity vyskytuje poměrně často. (Jak již ale bylo naznačeno, i zde platí, že je nutné mít na zřeteli velkou heterogenitu této skupiny.) V tomto případě zřejmě hraje podstatnou roli dopad komunikačních bariér na sociální vztahy a potažmo způsob komunikace obecně (zejména jde-li o znakový jazyk). Údaje nelze pojmout jako 100 % aplikovatelné. Při hodnocení této hypotézy je třeba mít na zřeteli, že počet respondentů, žijících v manželství nebo partnerství není v našem souboru příliš velký (celkem 27 osob z 80) a prezentovaná data proto nelze považovat za zcela směrodatná v kontextu celé populace osob se sluchovým postižením.

Jelikož jsou získaná data četnostně jasně rozložená, pro potvrzení této hypotézy není třeba provádět další statistické testy.

Hypotézu č. 9 je možné verifikovat.

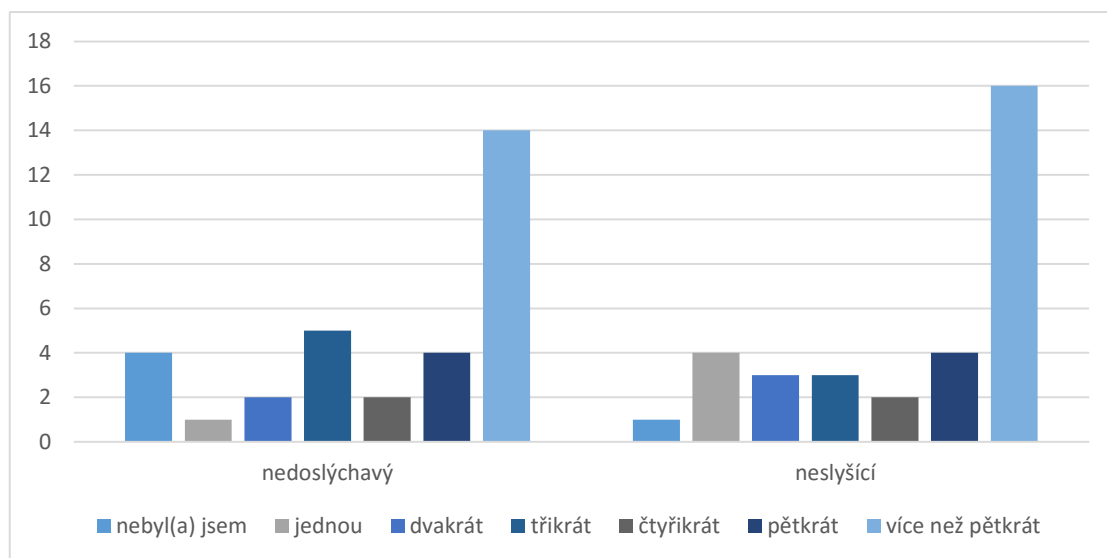
H10= Osoby n/Neslyšící cestují méně často na zahraniční dovolené než osoby nedoslýchavé.

Tato hypotéza vychází z položek č. 3 a 52.

Zahraníční dovolené v posledních 10ti letech:	nebyl(a) jsem	jednou	dvakrát	třikrát	čtyřikrát	pětkrát	více než pětkrát	Nevím
nedoslýchaví	4 (11,76)	1 (2,94%)	2 (5,88%)	5 (14,71)	2 (5,88%)	4 (11,76)	14 (41,18)	2 (5,88%)
N/neslyšící	1 (2,94%)	4 (11,76%)	3 (8,82%)	3 (8,82%)	2 (5,88%)	4 (11,76%)	16 (47,06%)	1 (2,94%)
ohluchlý/á	1	0	0	1	1	0	1	0
uživatel/ka kochleárního implantátu	2	0	1	0	1	1	3	0

Tabulka 43 – sluchové postižení a počet zahraničních dovolených

(Pro potřeby této tabulky byly obě kategorie neslyšících osob (s malým i velkým N) sloučeny do jednoho řádku.)



Graf 8 – Nedoslýchaví a neslyšící respondenti a zahraniční dovolená v posledních pěti letech

Prezentovaný graf č. 9 spolu s tabulkou č.43 poukazuje na frekvenci zahraničních dovolených u osob se sluchovým postižením (přesněji těch, které cestování a zahraniční dovolené v dotazníku uvedly). Vzhledem k proměnným v hypotéze (neslyšící a nedoslýchavé osoby) jsme procentuální přepočty provedli pouze u těchto dvou kategorií respondentů. Hypotéza

vychází z teze, že vzhledem k odlišnému používanému či preferovanému jazykovému kódu u neslyšících respondentů, budou tito lidé méně často jezdit na zahraniční dovolené. Předpokládali jsme, že faktor cizího (a navíc mluveného) jazyka bude v rozhodování o místě dovolené hrát u neslyšících výraznější roli než u nedoslýchavých, kde lze přeci jen předpokládat méně bariérovou komunikaci. Z uvedených četností je však patrné, že způsob komunikace ani v cizině nepředstavuje pro neslyšící osoby stěžejní faktor, kterému by svou dovolenou podřizovali. Z dat je patrné, že obě skupiny byly na zahraniční dovolené v posledních deseti letech více než pětkrát (14 osob s nedoslýchavostí a 16 osob neslyšících). Údaje od osob, které na zahraniční dovolené nebyly, jsou přitom výrazně menší – ani jednu zahraniční dovolenou v uvedené době neudávali 4 respondenti s nedoslýchavostí a pouze jeden neslyšící respondent. Z celkového počtu dotazovaných (N=80) tři respondenti zvolili možnost „nevím“. Vzhledem k souhrnnému rozložení respondentů v tabulce můžeme převažující četnost více než pěti zahraničních dovolených konstatovat ještě u skupiny osob s kochleárním implantátem. Pro zřejmé množstevní rozložení získaných údajů ve výrazný prospěch cestování do zahraničí u obou sledovaných skupin, není třeba tuto hypotézu statisticky testovat. Vyšší počet zahraničních dovolených u celé skupiny osob se sluchovým postižením lze hodnotit jako pozitivní jev. Hypotézu č. 10 **není možné verifikovat**.

5.2 WHOQOL-BREF a Disabilities module

Testový soubor od WHO byl vyhodnocen pomocí standardních skórových postupů. Pro vyhodnocení tohoto testového souboru byly využity dva uživatelské manuály. První se týká souboru WHO-QOL BREF, který má v České republice svou vlastní standardizovanou verzi. Druhý manuál byl, vzhledem k neexistenci standardizované české verze pro modul DIS-QOL, využit v původní podobě, kterou vydala WHO v roce 2011. V českém manuálu k instrumentu WHOQOL-BREF je uveden podrobný popis celého projektu včetně počátečního vývoje instrumentů, pilotního testování, psychometrických vlastností, administračního postupu a způsobu vyhodnocení. Instrument WHOQOL-DIS doposud u nás tento manuál nemá (stále je u něj platná fáze pilotního sběru dat), potřebné údaje o testových vlastnostech opět uvádí originální verze. Skórování jednotlivých položek v obou souborech vyplývá z Likertovy škály a blíže je popsáno níže. Použité instrumenty čítají dohromady 39 položek rozčleněných následujícím způsobem:

1. Testový soubor WHOQOL-BREF: k tomuto souboru se vztahují dotazníkové položky č. 1-26. Výsledky byly komparovány s údaji běžné české populace (N=398).
2. Testový soubor WHOQOL a Disabilities module: v našem případě byla tato část použita spolu s modulem BREF jakožto jedna testová jednotka. Jedná se o položky č. 27-39. Z důvodu neexistence odpovídajícího kontrolního souboru v českém prostředí nebyla tato část dále porovnávána. Dosažené hodnoty uvádíme jako samostatnou jednotku.

Tohoto dotazníku se účastnilo celkem 22 žen a 15 mužů.

Skóry položek č. 1-26 – modul **WHOQOL-BREF** (N=37):

položky	1G	2G	3	4	5	6	7	8
průměr	4,03	3,65	1,73	1,70	3,78	3,76	3,76	3,84
odchylka	0,80	1,03	0,99	1,02	0,89	0,83	0,86	0,87
medián	4	4	1	1	4	4	4	4

položky	9	10	11	12	13	14	15	16
průměr	3,35	3,70	3,84	3,46	3,92	4,11	4,11	3,84
odchylka	0,86	0,88	0,96	0,96	1,09	0,81	1,31	0,93
medián	3	4	4	4	4	4	5	4

položky	17	18	19	20	21	22	23	24
průměr	4,03	3,73	3,68	3,68	3,41	3,84	4,14	3,92
odchylka	0,76	0,77	0,82	1,03	1,12	1,04	0,86	1,16
medián	4	4	4	4	3	4	4	4

položky	24	25	26
průměr	3,92	4,08	2,11
odchylka	1,16	0,95	0,84
medián	4	4	2

Tabulka 44 – skórování modulu WHOQOL-BREF, vždy uvedeno jako jedna tabulka – pozn. autorky.

Skóry jednotlivých domén v %:

Doména I. – fyzické zdraví

Doména II. – prožívání

Domény	I %	II %	III %	IV %
průměr	75,16	69,73	66,24	72,81
odchylka	16,18	15,27	21,65	15,30
medián	81	69	69	75

Tabulka 45- skóry jednotlivých domén: BREF

Doména III. – sociální vztah

Doména IV. – prostředí

Rozpětí škál u jednotlivých položek je 1-5, u domén 4-20 (uvedeno pro instrument BREF), přičemž platí, že výška skóru je přímo úměrná výši kvality života (u obou instrumentů se hodnotí tři položky tzv. obráceným rozpětím, viz níže). V rámci jednotlivých skóru jsou využity následující hodnoty: průměr (střední hodnota), směrodatná odchylka označuje typickou míru odlišení čísel od střední hodnoty (čím je větší, tím více se posuzovaná čísla od sebe liší). Medián nám udává přesnou střední hodnotu v řadě čísel tak, aby byla patrná jejich střední hodnota (Walker, 2013).

Celkové skórové hodnocení a porovnání modulu BREF z hlediska jednotlivých domén a obou použitých populačních vzorků (instantní česká populace, respondenti se sluchovým postižením) je vyjádřeno v následující tabulce. Římským číslem je označeno číslo jedné ze čtyř posuzovaných domén, transformace (transf) označuje přepočtení skóru tak, aby byly srovnatelné s modulem WHOQOL-100. Tento přepočtení je standardním postupem, který se pro celkové srovnání jednotlivých domén používá⁵⁶. Procentuální vyjádření udává celkovou spokojenost s kvalitou života v případě respondentů se sluchovým postižením. Červeně jsou označeny hodnoty námi testovaného vzorku populace osob se sluchovým postižením, černě je označena populace intaktní. Stěžejní údaje v tabulce č. 40 představují průměry a procentuální hodnoty a pro možnost porovnání transformované skóry.

Průměr	27,97	15,98	75,16	22,70	12,97	69,73
SD	4,61	2,63	16,18	3,64	2,08	15,27
Medián	29,00	16,57	81,00	23,00	13,14	69,00
SE	0,76	0,43	2,66	0,60	0,34	2,51
Domény	I	I transf.	I%	II	II transf.	II%

Průměr	10,92	14,56	66,24	30,81	15,41	72,81
SD	2,58	3,43	21,65	5,02	2,51	15,30
Medián	11,00	14,67	69,00	32,00	16,00	75,00
SE	0,42	0,56	3,56	0,83	0,41	2,51
Domény	III	III transf.	III %	IV	IV transf.	IV %

Tabulka 46 – celkové skórové hodnocení domén a srovnání intaktní populace s respondenty se sluchovým postižením.

⁵⁶ Přepočtení hodnot modulu WHOQOL-BREF na hodnoty modulu WHOQOL-100 se uskutečňuje z důvodu standardní možnosti srovnání skóru u jednotlivých populačních skupin a dále pro možnost vzájemného porovnání domén WHOQOL-BREF a WHOQOL-100. Standardizace české populace byla provedena právě na instrumentu WHOQOL-100.

Při skórování modulu WHOQOL-BREF byly zohledněny již zmíněné položky s obrácenými hodnotami. Instrument obsahuje celkem tři otázky (č. 3, 4 a 26) které se v rámci kódování hodnotí opačným způsobem dle svého významu (minimum je zde významové kladné, maximum záporné):

- položka č. 3 – Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat? (1- vůbec ne, 5 – maximálně)
- položka č. 4 – Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě? (1 – vůbec ne, 5 – maximálně)
- položka č. 26 – Jak často prožíváte negativní pocity jako jsou např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese? (1 – nikdy, 5 – neustále)

Vyhodnocení získaných dat **naznačuje poměrně vysokou kvalitu života** (viz tabulka č. 39). Dle Dragomirecké a Bartoňové (2006a, s. 42) platí, že čím vyšší je výsledné skóre, tím vyšší je také kvalita života. Autorky uvádějí doménové skóry pro instrument WHOQOL-BREF u běžné populace (N=398) následujícím způsobem (zkráceno, pozn. autorky):

Doména I. – fyzické zdraví – průměr: 15,59 a standardní odchylka: 2,56

Doména II. – prožívání – průměr: 14,80 a standardní odchylka: 2,34

Doména III. – sociální vztahy – průměr: 14,93 a standardní odchylka: 2,94

Doména IV. – prostředí – průměr: 13,41 a standardní odchylka: 2,07.

Po komparaci dat, získaných od běžné populace, s výsledky získaných od osob se sluchovým postižením lze konstatovat, že konečná skóre se v zásadě vyznačují vzájemnou analogií. To naznačuje, že subjektivní prožívání QOL se u osob se sluchovým postižením signifikantně neliší od prožívání u osob bez postižení. Hodnocené domény č. II. A IV. však poukazují na statisticky významný rozdíl – v prvním případě (II.) ve prospěch intaktní populace, ve druhém případě (IV.) vykazují znatelně vyšší skóre osoby se sluchovým postižením (výsledky shrnuje tabulka č. 41 níže). Tyto údaje následně umožnily potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz. Pomocí dvouvýběrového t-testu⁵⁷ (s různým rozptylem ve skupinách) bylo provedeno porovnání vzorku respondentů se sluchovým postižením (dále jen

⁵⁷ T-testy porovnávají dvě skupiny výsledků, přičemž dvouvýběrový test se soustředí na střední hodnoty. (Walker, 2013)

SP) s intaktní českou populací (dále jen IP). Na základě získaných dat je možno skrz hladinu významnosti p konstatovat že:⁵⁸

Doména I. **Nevykazuje** statisticky významný rozdíl mezi SP a IP. $P=0,28$.

Doména II. **Vykazuje** statisticky významně menší skór. Oblast prožívání je tedy u SP hodnocena hůře než u IP. $P=0,000004$.

Doména III. **Nevykazuje** statisticky významný rozdíl mezi SP a IP. $P=0,53$.

Doména IV **vykazuje** celkový skór jako vysoce významně vyšší $p=0,00001$. Oblast prostředí (environmentální) je tedy u SP hodnocena významně lépe než u IP.

Z hlediska vyhodnocení stanovených výzkumných hypotéz pro tento dotazník (kapitola 4.2) můžeme na základě provedených testů konstatovat, že:

- Hypotézu č. 1 není možné verifikovat.
- Hypotézu č. 2 je možné verifikovat.
- Hypotézu č. 3 není možné verifikovat.
- Hypotézu č. 4 není možné verifikovat.

Z uvedených výsledků je patrné, že respondenti se sluchovým postižením v modulu WHOQOL-BREF vykazovaly ve větší míře odlišná data, než jaká jsme původně předpokládali. Patrně nejzajímavější údaje přinesla IV. doména (a s ní související čtvrtá hypotéza) ohledně informací týkajících se okolního prostředí (environmentální faktor). Průměrné hodnoty populační normy u intaktní populace poukazují na doménové hodnocení 58,12 % vůči 72,81 %⁵⁹ u respondentů se sluchovým postižením. Zde si klademe otázku, z jakého důvodu je výsledný skór u námi testované skupiny statisticky takto velmi významný. Jedním z možných faktorů, které se do této oblasti hodnocení mohou promítat, představují v rámci aspektů u této domény např. subjektivní zhodnocení dostatku financí na zajištění svých běžných potřeb. Faceta, týkající se této oblasti, zahrnuje dále např. položky zkoumající možnosti dostatečného přísunu informací směrem k dotazovaným. Předpokládali jsem, že právě informační oblast bude u osob se sluchovým postižením hodnocena hůře a bude tedy dosahovat nižších výsledků. V instrumentu se jedná o položku č. 13 s průměrným hodnocením ze strany respondentů se sluchovým postižením 3,92 a mediánem 4. Na druhou

⁵⁸ Hladinu významnosti (α level) představuje hodnota p 0,05 a méně.

⁵⁹ U uvedených procentuálních hodnot se jedná o průměry české populační normy komparované s procentuálními průměry, získanými od osob se sluchovým postižením.

stranu do působnosti této domény spadá i položka týkající se spokojenosti s podmínkami v místě života (č. 23). Zde by průměrný skórový výsledek (4,14 u osob se sluchovým postižením oproti 3,54 u intaktní populace) potvrzoval údaje získané z autorského dotazníku. Tedy dobré hodnocení a spokojenost s celkovým životem v ČR. V rámci celkového hodnocení této domény se domníváme, že tento aspekt kvality života a faktory, které se k němu váží, by si v populaci osob s postižením sluchu zasloužil další zkoumání.

Ostatní stanovené hypotézy u tohoto modulu přinesly již méně překvapivé výsledky. Hypotéza č. 1, týkající se fyzického stavu, sice nebyla potvrzena, ale příčina tohoto výsledku je snadněji odhadnutelná. Hypotéza vycházela z předpokladu, že do aspektů, zaměřených na fyzické zdraví, se u respondentů promítne také jejich sluchová ztráta a že na základě tohoto hlediska budou hodnotit svůj celkový fyzický stav jako horší než zástupci intaktní populace. Výsledky naznačují, že ztráta sluchu nehraje v celkovém hodnocení fyzického stavu u respondentů tak velkou roli, aby se promítla do jejich celkového vnímání. Statistická nevýznamnost je jasně patrná, procentuální průměrné hodnoty u této domény činí 75,16 % pro SP osoby a 77,22 % pro intaktní populaci. Dvouprocentní rozdíl zde není prokazatelně významný. Výsledek je možno odůvodnit např. dobrou až výbornou psychickou adaptací na sluchové omezení. Dalším možným faktorem je specifikum ztráty sluchu – toto zdravotní omezení není zpravidla bolestivé, při průběžném hodnocení neměnné (tudíž se mu lze lépe přizpůsobit), nenarušuje obvyklý životní rytmus tak, jako např. chronická bolest, poruchy spánku, či jiné fyzické obtíže, které osoba intenzivněji vnímá. Ztráta sluchu představuje setrvalý stav, jenž se stává spíše pevnou součástí osobnosti člověka, než aby představovala zřetelnější fyzické narušení. Je ale důležité zmínit, že tento stav neplatí pro celou populaci osob s tímto postižením. Naopak lze předpokládat, že u některých skupin osob může právě sluchové postižení představovat velkou fyzickou zátěž – např. u osob po onemocněních či úrazech, kdy je přítomnost postižení náhlá, nová a traumatizující.

Hypotéza č. 2, zaměřující se na oblast prožívání, byla potvrzena. Předpokládali jsme, že aspekty, týkající se prožívání a psychologické stránky, může přítomnost sluchového postižení negativně ovlivnit. Do této úvahy jsme počítali např. s položkou č. 19, která v dotazníku tuto oblast – spolu s dalšími – reprezentuje. Tato položka se zaměřuje na subjektivní spokojenost respondenta se sebou samým. K podobné úvaze nás vedla položka č. 26, zkoumající vnímání a prožívání negativních pocitů. Domnívali jsme se, že existence smyslového postižení a dopady tohoto stavu na interakci s majoritní společností (včetně nutnosti řešení a prožívání každodenních záležitostí), se budou negativně odrážet v celkovém hodnocení této domény. To

nám potvrdil i průměrný skór těchto položek – hodnota 2,11 u námi testovaných respondentů je znatelně nižší, než hodnota 3,47 u intaktní populace. Doménový skór u osob se sluchovým postižením dosáhl v tomto případě hodnoty 12,97 oproti 14,80 u běžné populace, rozdíly jsou tedy dobře patrné. Výsledek z této domény je negativního rázu, což naznačuje problematické body v oblasti negativních pocitů či spokojenosti se sebou samým.

Hypotéza č. 3 se zaměřuje na oblast sociálních vztahů. Výchozím bodem ke stanovení hypotézy v negativním znění byl opět předpoklad ovlivnění sociální situace dotazovaných skrze sluchové postižení. Této domény se týkají např. položky řešící osobní vztahy, sexuální život nebo podporu, poskytovanou přáteli. Zejména u první a poslední jmenované byla domněnka negativního ovlivnění skrze ztrátu sluchu očekávatelným aspektem. Průměrné skóry těchto položek u běžné populace (otázka č. 20 – 3,75 a č. 22 – 3,85) oproti totožnému skóru u našich respondentů (otázka č. 20 – 3,68 a č. 22 – 3,84) ovšem nevykazují zřetelnější odchylky. Rovněž tak doménové skóry – 14,93 u intaktní populace a 14,56 v případě osob se sluchovým postižením. Oblast sociálních vztahů tak nevykazuje výraznější odchylky, což lze považovat za pozitivní jev.

Stěžejní data z provedeného t-testu jsou pro přehlednost shrnuta v následující tabulce:

Domény	I.		II.		III.		IV.	
	SP	IP	SP	IP	SP	IP	SP	IP
průměr	15,98	15,49	12,97	14,80	14,56	14,93	15,41	13,41
SD	2,63	2,56	2,08	2,34	3,43	2,74	2,51	2,07
<i>p</i>	0,280		0,00004		0,526		0,0001	

Tabulka 47 – dvouvýběrový t-test pro Domény I-IV modul WHOQOL BREF, komparace s intaktní populací

IP – intaktní populace, SP – sluchově postižení, pracovní zkratky – pozn. autorky.

Data ohledně intaktní populace jsou zde převzata od standardní české populační normy (Dragomirecká, Bartoňová, 2006a).

Na závěr hodnocení modulu WHOQOL-BREF je možno uvést intervalové rozmezí českých populačních norem pro jednotlivé domény a tyto údaje srovnat s hodnotami u respondentů se sluchovým postižením (v závorce jsou vždy uvedeny stěžejní hodnoty pro rozmezí populační normy u dané domény):

- Doména I.: SP – 15,98 – **průměrná norma** QOL (interval normy 14,3 pro spodní hranici až 16,8 pro horní hranici)
- Doména II.: SP – 12,97 – **mírně snížená kvalita** (interval normy 13,6 pro spodní hranici, mírně snížená kvalita od 12,4)

- Doména III.: SP – 14,56 – **spodní hranice průměrné normy** (interval spodní hranice normy od 13,5, průměr od 15,0)
- Doména IV.: SP – 15,41 – **mírně zvýšená kvalita života** (interval horní hranice normy do 14,3, mírně zvýšená QOL od 15,4)

(Dragomirecká, Bartoňová, 2006a, s. 42)

Citované charakteristiky jednotlivých norem a jejich rozpětí korelují s výše uváděnými údaji – včetně stanovení statistické významnosti. Opět je tedy patrné, že ze širšího stanoveného průměru se vymykají domény II. (negativním způsobem) a IV. – pozitivním způsobem.

Skóry položek č. 27-39 modul **WHOQOL-Disabilities module** (N=37):

položky	27G	28	29	30	31	32	33	34
průměr	2,27	2,35	2,68	2,70	4,11	4,32	4,46	4,00
odchylka	1,07	0,95	1,06	1,05	0,84	0,71	0,87	0,85
medián	2	2	2	3	4	4	5	4

položky	35	36	37	38	39
průměr	3,73	3,78	3,73	3,24	3,92
odchylka	0,84	0,98	1,02	1,01	0,95
medián	4	4	4	3	4

Tabulka 48 – skórování modulu WHOQOL a Disabilities module

Celkový skór	Skóre QOL	discrimination	autonomy	inclusion	Discrimination %	Autonomy %	Inclusion%
průměr	69,93	10,27	12,89	22,41	60,59	82,43	68,36
medián	72,92	10,00	13,00	23,00	58,33	83,33	70,83
SD	14,35	1,85	1,93	4,25	15,42	16,05	17,72
SE	2,36	0,30	0,32	0,70	2,54	2,64	2,91

Tabulka 49 – celkové skórování modulu WHOQOL-DIS. Stěžejní údaje jsou zvýrazněny.

SD – standard deviation (směrodatná odchylka), SE – standard error (standardní chyba výběru)

Modul WHOQOL-DIS hodnotí QOL z hlediska skórového vyjádření pro oblasti diskriminace (v námi použitém komplexním instrumentu jde o položky č. 28, 29 a 30), autonomie (č. 31, 32 a 33) a inkluze/ začlenění (č. 34, 35, 36, 37, 38 a 39). Pro položky v tomto modelu opět platí škálové rozpětí 1-5, kdy 5 je nejlepší výsledek (vyjma následujících zmíněných položek): I při skórování modulu DIS-QOL byly zohledněny položky s obrácenými hodnotami. DIS-QOL obsahuje opět tři položky (č. 2G, 3 a 4, respekt. v rámci číslování celého instrumentu WHOQOL-BREF a Disabilities module se jedná o č. 28, 29, a 30) které se v rámci kódování hodnotí opačným způsobem dle svého významu (princip je stejný jako u instrumentu WHOQOL-BREF: minimum je významově kladné, maximum záporné):

- položka 2G (28): Myslíte si, že někteří lidé s Vámi jednají nespravedlivě? 1 – minimum (vůbec ne), 5 – maximum (úplně)
- položka 3 (29): Potřebujete někoho, kdo by se Vás zastal, když máte problémy? 1 – minimum (vůbec ne), 5 – maximum (úplně)
- položka 4 (30): Děláte si starosti, co by se Vám mohlo stát v budoucnosti? *Například když si představíte, že se o sebe nedokážete postarat nebo že budete ostatním na obtíž.* 1 – minimum (vůbec ne), 5 – maximum (úplně)

Hodnoty uvedené na konci DIS modulu (viz tabulka 43) poukazují na téměř sedmdesátibodový celkový skóre (69,93) kvality života. Opět platí, že čím vyšší je celkový skóre, tím výše je také hodnocená kvalita života. Oblasti tohoto modulu (diskriminace, autonomie a inkluze) udávají procentuálně navzájem odlišné hodnoty, avšak v každé bylo dosaženo alespoň hranice 60 %. Nejlépe je hodnocena oblast **autonomie** – tedy samostatnosti. Skóre zde dosáhlo 82,43 %, což můžeme hodnotit jako velmi pozitivní jev. Respondenti se sluchovým postižením v tomto případě hodnotí svou samostatnost a nezávislost velmi dobře. Položky, zaměřující se na tuto oblast (31, 32, 33), vykazují vysoké hodnoty průměrného hodnocení – ve všech třech případech bylo dosaženo čísla 4. Doména **diskriminace** vykázala skóre 60,59 % s tím, že otázky v této oblasti zahrnuté (č. 28, 29 a 30) poukazují na průměrnou hodnotu odpovědí 2,35, 2,68 a 2,70. Medián u dvou položek dosahuje čísla 2, u jedné položky (30) pak 3. Celkově bychom tedy tuto doménu mohli ohodnotit spíše kladně – tj. že osoby se sluchovým postižením neudávají vysokou míru vnímání diskriminačního jednání. V tomto případě by pro porovnání s výsledky autorského dotazníku bylo opět zapotřebí rovnoměrného vzorku respondentů. V zásadě však oblast diskriminace vykazovala obdobné hodnoty i v prvním – autorském – instrumentu (53,75 % dotazovaných se s diskriminačním jednáním setkalo, 46,25 % naopak odpovědělo, že se s tímto jednáním nesetkalo). Doména **inkluze**, tedy zahrnutí, na niž se soustředí celkem šest dotazníkových položek, dosáhla průměrného procentuálního hodnocení 68,36 %. V tomto případě je pro nás velmi zajímavá otázka č. 34, která se zaměřuje na spokojenost s dorozumíváním – Jste spokojen/a se svou schopností domluvit se s ostatními lidmi? *Například jak dovedete pomoci slov nebo jiným způsobem (znakovým jazykem) druhým něco sdělit nebo se k něčemu vyjádřit a také jak Vy sami druhým rozumíte.* Průměr této položky dosáhl hodnoty 4,0, rovněž tak medián. Respondenti zde tedy vyjádřili poměrně velkou spokojenost v komunikačním procesu. Další položky zahrnuté v této doméně sice vykazovaly menší průměrné hodnoty (pod 4, zároveň však ne pod 3,20). Nejhoršího výsledku dosáhla položka č. 38, zaměřená na možnost zapojení se do místních

aktivit – 3,24. Je otázkou, jaké aspekty se do této odpovědi promítly. Zda zde hraje roli právě i komunikační proces se sousedy či dalšími osobami v místě bydliště, nebo zda se jedná např. o nedostatek vhodných či zajímavých aktivit. Skutečnost, že respondenti udávali vysokou spokojenost s komunikačním procesem jakožto celkem ještě neznámá, že musejí podobné kladné hodnocení vztahovat i na sousedské vztahy či úžeji na místo bydliště. Jelikož vzorky respondentů u obou dotazníků vykazovaly odlišné četnosti, je problematické tuto oblast odpovídajícím způsobem komparovat s výsledky plynoucími z autorského dotazníku. U domény inkluze je dále patrná největší směrodatná odchylka ze všech domén. Celkový skóre QOL, uvedený v tabulce č. 43, prezentuje souhrnné výsledky dotazníkových položek 2-13. Na jeho základě můžeme konstatovat, že hodnocení QOL modulem WHOQOL-DIS je u zúčastněných osob poměrně vysoké, tedy prezentuje kladné zhodnocení.

Vzhledem ke skutečnosti, že Modul DIS nebyl dále z důvodu doposud neexistující standardizace komparován s dalšími údaji, uvádíme pro tento instrument konečné dosažené hodnoty bez provedení dalších statistických testů. V případě modulu WHOQOL-BREF v rámci jeho souhrnného vyhodnocení vidíme hodnoty kvality života v zásadě korelující s hodnotami běžné populace. Dvě ze čtyř domén vykazují statisticky rozdílná data, v jednom případě je hodnocená oblast u dotazovaných osob se sluchovým postižením hodnocena hůře, v druhém naopak výrazně lépe. Instrument Disabilities module také vykazuje vesměs kladné celkové zhodnocení QOL – a to i se zahrnutím specifických aspektů, které se k zdravotnímu (respektive sluchovému) postižení váží. Pro přesnější zkoumání této oblasti a komplexnější posouzení QOL instrumentem WHOQOL-BREF a Disabilities module by bylo zapotřebí většího množství výzkumných dat. Předmět by mohl být námětem k dalšímu zkoumání.

5.3 Kvalitativní analýza dat

Kvalitativní část výzkumného šetření proběhla formou již zmíněného otevřeného vyjádření, kdy měli informanti napsat, co si představují pod pojmem kvalitní život. Této části se zúčastnilo celkem 12 osob. Získaná písemná vyjádření byla posléze vyhodnocena pomocí **kvantitativní obsahové analýzy** psaného textu. Tento způsob vyhodnocení dat představuje dle Gavory (2012) takový přístup, kdy se kvalitativně získaná data matematicky zpracovávají a přenášejí se do číselné, kvantitativní, formy. Sběr našich dat byl, jak už bylo zmíněno, komplikován jistou neochotou respondentů se písemně vyjadřovat. Rovněž získání informantů, kteří by splňovali specifická kritéria pro naši práci, byl komplikován. Domníváme se, že kvantitativní dotazníková šetření, zveřejněná anonymně na webových stránkách, působila na

ochotu osob zúčastnit se testování pozitivním způsobem. Kvalitativní část vyžadovala v našem případě osobní styk zadavatelky a zúčastněných osob, podpis informovaného souhlasu a posléze vykonání zadané činnosti. Při zpětném pohledu na tuto část šetření můžeme říci, že z celého procesu testování byla patrně nejhůře realizovatelná. Domníváme se, že v případě budoucího, podobně orientovaného výzkumu, by bylo vhodné zvolit podobnou podobu kvalitativní části, jakou mělo dotazníkové šetření – tedy dát zájemcům možnost se zúčastnit např. formou komentáře na webové stránce, rovněž přístupné i ve znakovém jazyce. Nezbytné je v tomto případě vyřešit aspekty poskytnutí informovaného souhlasu. Při oslovování potenciálních informantů nám (stejně jako u kvantitativní části výzkumu) pomohl Svaz neslyšících a nedoslýchavých ČR, ani přes tuto snahu nebyla odezva případných zájemců velká. Získaná data tedy představovala cenný výzkumný materiál. Z výše popsaných důvodů jsme po zvážení přistoupili k práci s daty tak, jak nám byly odevzdány – ačkoli ve všech případech neměly zcela optimální podobu, nevyřazovali jsme je. Většinu dat tvořily heslovité útržky, nikoli souvislá písemná sdělení, která jsme původně zamýšleli získat. Tento jev může být způsoben v zásadě dvěma faktory: 1. představuje již zmiňovanou problematickou znalost českého jazyka některými osobami se sluchovým postižením. 2. faktorem může být stav „vzájemného nepochopení“ zadavatelky a informantů – a to i přes veškerou snahu ten jev eliminovat např. komunikací ve znakovém jazyce, byl-li preferován. V zásadě je možné zmínit ještě oblast ochoty zúčastněných věnovat této části šetření více času a úsilí.

Ke konečnému vyhodnocení dat bylo použito číselné rozčlenění jednotlivých kategorií, analyzovaných ze získaných textů. Gavora (ibidem) podotýká, že pro tento typ analýzy textu lze též použít název kvantitativní sémantika. Důležité je, že tento přístup k analýze získaných dat vychází z předpokladu souvislých písemných projevů, což v případě našeho šetření není možné vždy uplatnit (viz výše). Z hlediska uplatňovaného postupu u kvantitativní analýzy dat byly stanoveny následující **významové jednotky**, které se v textech vyskytovaly, (uvedené pořadí nemá vliv na četnost):

- zdraví, dobrý zdravotní stav
- rodina, příbuzní
- děti
- manžel/ka, partner/ka
- přátelství, kamarádi

- domov, dům, být doma
- zázemí
- práce, pracovat, zaměstnání

Výskyt jednotek:											
Informant č.	zdraví, dobrý zdravotní stav	rodina, příbuzní	děti	manžel/ka, partner/ka	přátelství, kamarádi	domov, dům, být doma	zázemí	finance, peníze	koníčky, záliby	podpora blízkých	cestování, možnost cestovat
1	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
2	✓	✓		✓				✓	✓		
3	✓	✓	✓		✓			✓		✓	
4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	
5	✓	✓		✓			✓	✓		✓	✓
6	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓			✓
7	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	
8	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	
9	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓	✓
10	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		
11	✓	✓			✓		✓			✓	✓
12	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓		
% pro kategorii	100%	100%	50%	75%	66,67%	58,33%	66,67%	75%	50%	66,67%	41,67%
celkem	12	12	6	9	8	7	8	9	6	8	5

Tabulka 50 – (záznam tabulky) – výskyt jednotek v textech

- finance, peníze
- koníčky, záliby
- podpora blízkých
- cestování, možnost cestovat

Tabulka č. 50 zobrazuje původní excelový záznam s provedenou analýzou výskytu uvedených jednotek. Analyzované údaje se vzhledem ke kontextu a spádu psaného textu nevyskytovaly přesně v tomto mluvnickém znění, celkový význam však zůstal zachován. Kromě pojmů, zmíněných v tabulce, se dále vyskytly ještě ojedinělé následující údaje:

- spokojený život jako celek
- dobré zdravotnictví
- zlepšení tlumočnických služeb
- klid
- lepší společenská nálada

Tato data jsme do celkového přehledu v tabulce pro jejich ojedinělost nezařadili. Souhrnné zhodnocení uvedené tabulky poukazuje na značný výskyt důležitosti zdraví, zdravotního stavu a rodiny v kontextu kvalitního života. Oba tyto údaje uváděl plný počet dotazovaných, jedná se tedy o významné aspekty z kvality života v kontextu vnímání jednotlivých informantů. Zmínka o potomcích byla přítomna v polovině případů, tedy u šesti osob. Je zde také možnost, že někteří z informantů řadí děti mezi celkový pojem rodina. Partnerský či manželský vztah za důležitý z hlediska QOL považovalo 9 dotazovaných (zde jsme sloučili dvě nejčastěji zmiňované kategorie, které však ve výsledku představují totéž – vztah a partnerství/manželství). Naopak menší výskyt četnosti byl pozorován v oblasti cestování a možnosti cestovat. Koníčky a záliby byly uvedeny v polovině případů, tedy se stejnou frekvencí jako děti. Finance a obecněji finanční situace hraje ve své podstatě u informantů taktéž podstatnou roli, uvádělo ji 9 osob. Jako důležité se pro 66,67 % dotazovaných (tedy 8 osob) jeví přátelství/kamarádství a podpora blízkých, která byla v několika případech uváděna též jako pomoc či opora. Při celkovém pohledu na uváděné jevy můžeme konstatovat, že stěžejní body, podstatné pro představu dotazovaných ohledně toho, co si představují pod pojmem kvalitní život, jsou očekávatelné a korespondují s údaji popisovanými v odborné literatuře. Pro získání směřovanějších údajů by bylo zapotřebí provést podobné šetření na větším vzorku informantů. V našem případě, kdy byla tato část šetření prováděna jako doplňková, považujeme tento počet za dostačující.

5.4 Shrnutí výzkumného šetření a diskuze

Výsledky provedeného výzkumného šetření v celkovém shrnutí poukazují na pozitivně laděnou kvalitu života osob se sluchovým postižením. Hlavní výzkumná otázka, týkající se širšího spektra oblastí spadajících do pojmu QOL, zní: Jaké specifické rysy vykazuje kvalita života dospělých osob se sluchovým postižením v ČR? Kvantitativní část provedeného výzkumu, který se pokusil na tuto otázku odpovědět, byla hodnocena pomocí dvou dotazníkových instrumentů a celkem 14 (10 autorský dotazník, 4 instrument od WHO) stanovených hypotéz. První pocházel od autorky práce, čítal 63 položek různého typu a soustředil se na subjektivní i objektivní parametry QOL. Výzkumný vzorek čítal 80 osob. Druhý instrument od WHO s názvem WHOQOL-BREF a Disabilities module se soustředil na subjektivní prožívání kvality života se zaměřením na poslední dva týdny od data testování. Celkem obsahuje 39 škálových položek – z toho 26 část BREF a 13 část DIS. Výzkumný vzorek zde byl (i přes naši snahu) nižší, celkem 37 osob. Dotazník se skládá ze dvou částí,

kteře vřak bývají administrovány jako jeden celek. Manuál WHOQOL-BREF má v českém prostředí svou standardizovanou verzi, kterou jsme využili ke konečné komparaci dat získaných od respondentů se sluchovým postižením. Tato část dotazníku také vznikla jako první a je určena pro hodnocení kvality života primárně u běžné populace. Disabilities module představuje doplňkový instrument, soustředící se cíleně na osoby s určitým typem postižení. Jeho položky jsou sestaveny tak, aby se zaměřovaly na specifické jevy respondentova života, které může postižení negativně ovlivňovat. Tato „druhá část“ výzkumného instrumentu nemá v českém prostředí svou standardizovanou verzi, používá se znění určené pro terénní sběr dat. To byl také důvod, proč jsme získaná data v konečné fázi dále neporovnávali. Oba instrumenty byly vyhodnoceny dle standardního postupu ustáleného skórování dat. Tento postup je popsán v dostupných manuálech. Dotazníky od WHO představují volně použitelné instrumenty, uživatel by měl být zaregistrován v lokálním centru, které má k dotazníkům autorská práva. V případě České republiky je držitelkou těchto práv (mimo jiné) dr. Eva Dragomirecká, odborná pracovnice Filozofické fakulty UK, Katedry sociální práce, která nám poskytla souhlas k užívání obou zmíněných instrumentů. K oběma zmíněným dotazníkům – autorskému a od WHO – byly stanoveny výzkumné hypotézy. K prvnímu zmíněnému bylo stanoveno (i vzhledem ke svému rozsahu a šíři problematiky QOL) celkem deset hypotéz. Instrument od WHO – konkrétně modul BREF – má stanoveny hypotézy čtyři. Statistické vyhodnocení získaných dat poukázalo v souhrnu na následující údaje:

- v případě autorského dotazníku bylo pět hypotéz potvrzeno a pět vyvráceno
- v případě dotazníku WHOQOL-BREF byla jedna hypotéza potvrzena a tři hypotézy vyvráceny.

Souhrnné zhodnocení zkoumané problematiky poukazuje z hlediska kvality života na očekávatelné i méně očekávatelné údaje. Z autorského dotazníku byly **verifikovány hypotézy** týkající se následujících aspektů:

- a) dosažení nižšího vzdělání u respondentů komunikujících znakovým jazykem,
- b) preference komunikace znakovým jazykem s blízkými osobami znamená preferenci komunikace s intaktní populací za pomoci tlumočnicka znakového jazyka,
- c) osoby se sluchovým postižením, které žijí nebo pracují v Praze hodnotí své životní podmínky jako lepší než osoby v jiných částech ČR,

- d) vysokoškolsky vzdělaní respondenti, využívající podpůrná opatření, se více věnují volnočasovým aktivitám,
- e) u osob se sluchovým postižením převažuje sdílení společné domácnosti s partnerem/partnerkou se stejným typem postižení.

Naopak vyvráceny byly následující předpoklady (uvedeno v podobě konečného zjištění – tedy tak, jak byly výsledky zhodnoceny):

- a) hloubka sluchové ztráty není spojena s pocitem subjektivní životní spokojenosti,
- b) osoby se sluchovým postižením, které jsou v současné době zaměstnány v trvalém pracovním poměru pracují zpravidla v tom oboru, který primárně vystudovaly,
- c) respondenti starší padesáti let nejsou subjektivně spokojenější se svým životem než mladší osoby se stejným typem postižení,
- d) respondenti, kteří se označují za osoby n/Neslyšící, cestují na zahraniční dovolené s mírně vyšší frekvencí než osoby nedoslýchavé.

V případě modulu WHOQOL-BREF byla **verifikována** následující **hypotéza**:

- Osoby se sluchovým postižením dosahují v oblasti prožívání horších výsledků než osoby bez postižení (dosahují mírně snížených výsledků).

Vyvráceny byly následující **tři hypotézy** (opět uvedeny v podobě konečného zjištění):

- a) osoby se sluchovým postižením nedosahují v doméně fyzického zdraví horších výsledků oproti intaktní populaci (dosahují průměrných výsledků),
- b) osoby se sluchovým postižením nedosahují v doméně sociálních vztahů horších výsledků než osoby bez postižení (dosahují spodní hranice průměru),
- c) osoby se sluchovým postižením nedosahují v doméně prostředí totožných výsledků jako osoby bez postižení (dosahují výrazně lepších).

Za kladné považujeme, že se výzkumného šetření zúčastnili také Neslyšící respondenti. Členů této jazykové a kulturní menšiny bylo celkem 16, za neslyšící se pak označilo 18 dotazovaných. Celkem 29 respondentů preferuje komunikaci znakovým jazykem, z tohoto důvodu předpokládáme, že zpřístupnění výzkumných nástrojů ve znakovém jazyce znamenalo důležitý aspekt pro to, aby se tito respondenti šetření aktivně účastnili. Můžeme konstatovat, že různé aspekty kvality života spadající do subjektivní i objektivní roviny tohoto

pojmu nevykazují u námi dotazovaných osob se sluchovým postižením výrazných rozdílů oproti české intaktní populaci. Z hlediska oblastí, na které byl zaměřen autorský dotazník, můžeme jako zajímavé zmínit např. poměrně velmi vyváženou osobní zkušenost dotazovaných s diskriminací – 43:37, kdy více osob se s tímto jednáním setkalo. Očekávali jsem však větší nepoměr udaných odpovědí směrem k hodnotám, potvrzujícím diskriminaci. Patrná je dále převládající spokojenost s rodinným a sociálním životem, přičemž mírně vyšší je tato spokojenost u rodinného zázemí. Dobře hodnocená je též spokojenost s životními podmínkami v místě bydliště a potažmo v ČR jako celku. Svou roli v hodnocení celkové úrovně QOL hraje i finanční zabezpečení a obecně subjektivní spokojenost s výší měsíčního příjmu. V případě respondentů se sluchovým postižením existuje – spolu s kontextem pracovního uplatnění a dosaženého vzdělání – možnost nižší spokojenosti v této oblasti. Získaná data na tuto skutečnost v rámci popisných statistik nepoukázala. Převažující spokojenost s finanční oblastí byla dobře patrná – uvádělo ji 50 dotazovaných (N=80). Data rovněž poukazují na vyšší frekvenci pravidelného cestování do zahraničí, což můžeme dát do spojitosti s více faktory. Jednak předpokládáme, že se do této oblasti promítá již zmíněná finanční stránka. Dále je patrné, že cestování do ciziny se kvůli možné komunikační bariéře nevyhýbají ani osoby neslyšící, preferující komunikace znakovým jazykem. Toto zjištění opět hodnotíme jako velmi pozitivní. Možnosti kulturního vyžití (konkrétně volnočasové aktivity) byly v tomto případě hodnoceny skrze aktivity, kterým se dotazovaní věnovali. 12 osob z 80 uvedlo, že se volném čase nevěnuje žádné z vyjmenovaných běžných zájmových aktivit. 52 respondentů (65%) se věnuje sportu. Na tuto výčtovou položku v případě negativní odpovědi (tedy že se dotazovaní zmíněným aktivitám nevěnují), navazovala otázka týkající se zdůvodnění této situace. Zde pouze 2 dotazovaní uvedli, že jim to neumožňuje stav sluchu, jinak byly udávány jiné důvody (např. nedostatek času, financí či osobní nezájem). V oblasti vzdělávání a jazykové vybavenosti je u mladších respondentů patrný stoupající trend zvyšujícího se nejvyššího dosaženého vzdělání. 27 dotazovaných (33,75%) má vysokoškolské vzdělání (jelikož v průběhu realizace výzkumného šetření někteří z respondentů dále studovali, je pravděpodobné, že toto číslo bude i v budoucnu dále stoupat). Spolu se zvyšující se úrovní vzdělání lze pozorovat také zvýšenou frekvenci znalosti cizích jazyků. Dominující je (nepřekvapivě) anglický jazyk, který udává 56 dotazovaných (70%). Český jazyk jakožto cizí jazyk (v případě těch osob, jejichž mateřským jazykem je český znakový jazyk) udává 11 osob (13,75%). Patrně největší rozpor vykazovaly oblasti týkající se komunikace a používaných komunikačních kódů. V těchto případech byly patrné odlišné preference a prakticky používané systémy. Položka, zjišťující způsob komunikace, poukazovala na

převahu mluveného jazyka – a tentýž výsledek přinášela otázka zjišťující způsob komunikace s intaktní (slyšící) populací. Oproti tomu položka, týkající se čistě preferovaného způsobu komunikace, dokazovala znatelný odklon od mluveného jazyka směrem k jazyku znakovému. 29 respondentů poukazovalo v tomto případě na přání komunikovat vizuálně-motorickým systémem, zatímco v komunikační situaci dochází patrně k přizpůsobení svých preferencí majoritní populaci – zde byl znakový jazyk udán pouze v šesti případech, připočteme-li možné další způsoby komunikace skrze „více možností“, pak se jedná o osm případů. Uvedená data poukazují na zřetelnou snahu přizpůsobení se z hlediska způsobu komunikace spíše slyšící populaci, což můžeme považovat za jeden ze specifických rysů, obsažených v hlavní výzkumné otázce. Obecně řečeno, subjektivní oblasti kvality života, obsažené v autorském dotazníku, poukazují na již zmíněnou převažující spokojenost – a to zejména v oblasti životních podmínek a celkově s životem v České republice. Jedná se o oblast, která koresponduje s údaji IV. domény prostředí z modulu WHOQOL-BREF (viz níže).

Vzhledem k rozsáhlosti autorského dotazníku není naším záměrem v rozsahu této práce pokrýt a popsat všechny aspekty, na které jsme během výzkumného šetření narazili. Jak již bylo zmíněno, uvedli jsme nejdůležitější data z obou dimenzí QOL – tedy subjektivní a objektivní. S dalšími (zde neprezentovanými) daty je možné – a také žádoucí – v budoucnu dále pracovat. Zajímavé oblasti dalšího případného zkoumání přináší instrument WHOQOL-BREF (s i bez modulu DIS), který přinesl spíše neočekávané hodnocení v jednotlivých doménách. Nejmarkantněji to bylo patrně v poslední sledované oblasti – IV. prostředí, která přinesla velmi pozitivní, ale pro nás hůře srozumitelný výsledek. Tento instrument spolu s Disabilities modulem vykazuje v hodnotách jednotlivých i celkových skóre výsledky srovnatelné s hodnotami intaktní populace, což ve stručnosti odpovídá na stanovenou 1. dílčí výzkumnou otázku: Jak se hodnotící skóre dotazníku WHOQOL-BREF u osob se sluchovým postižením liší od totožných skóre intaktní české populace? Při interpretaci získaných dat ze souborů WHO je třeba mít na zřeteli, že se primárně soustředí na hodnocení respondentovy kvality života v období posledních dvou týdnů od data testování a jsou zaměřeny na subjektivní stránku QOL. Tyto dva aspekty dohromady předznamenávají poměrně zřetelnou možnou proměnlivost získávaných údajů, a to nejen v kontextu času, ale také místa. Pro komplexnější výpovědní hodnotu tohoto modulu by bylo dále potřebné získat data od širšího vzorku respondentů. Jelikož je modul WHOQOL-BREF v našem prostředí standardizován (tudíž má jasně vymezené psychometrické vlastnosti, celkové testové postupy a je komparovatelný) po případném doplnění modulu DIS o totožné hodnoty a standardizaci by mohlo být přínosné celý tento instrument posoudit pro plošnější použití u osob s postižením

(obecně) v ČR. Domníváme se, že testové a dotazníkové instrumenty všeobecněji používané u osob se sluchovým postižením by měly být běžně dostupné také v českém znakovém jazyce. Osoby, které tento jazykový kód preferují, se takovýchto a podobných šetření zúčastní zejména v tom případě, že v průběhu samotného šetření musejí překonávat co nejméně bariér. Jazyková bariéra je zde přitom jasně patrná. Je další otázkou, co tento fakt svědčí o úrovni výuky českého jazyka na našich školách pro žáky se sluchovým postižením. To však již není tématem tohoto textu. Otázka kvality života u populace osob s postižením bude zřejmě do budoucna představovat stále aktuálnější pojem. Osoby se ztrátou sluchu představují jednu z méně viditelných skupin osob s postižením. U mnohých z nich intaktní populace jejich postižení nerozpozná, nebo ho definuje mylným způsobem. Tito lidé jsou naučeni svou sluchovou ztrátu mnohdy „maskovat“, vytváří si kompenzační mechanismy pro zvládnutí komunikačně náročných, mnohdy již předem vytipovaných, situací. To vše vede k mnoha každodenním nesnadně zvládnutelným jevům a situacím, které je třeba opakovaně podstupovat. Z těchto stresujících okolností mohou posléze vyplývat negativní jevy, které se mohou promítat do celkového pojetí kvality života. Prezentované výzkumné šetření v této době, státě a také v kontextu, v jakém bylo provedeno, nepoukázalo na to, že by tyto negativní oblasti znatelněji narušovaly celkový obraz QOL u osob se sluchovým postižením. Pro úplnost je vhodné dodat, že celkový počet zúčastněných osob by pro směrodatné závěry, odpovídající populační normě, musel být znatelně větší. V kapitole 2.1 jsme zmínili tzv. Disability paradox – tedy situaci, kdy je vykazována vysoká či poměrně vysoká míra týkající se subjektivních aspektů kvality života, ačkoli z objektivního hlediska životních podmínek by v hodnocení QOL měly být patrné negativní aspekty. Míra adaptace na zdravotní postižení v tomto případě dosahuje tak vysoké úrovně, že může docházet k určité kompenzaci zdravotních a životních podmínek. Domníváme se, že tento jev je patrný i u respondentů v našem šetření. Znovu se tak potvrzuje teze, že ani výraznější změny zdravotního stavu, z vnějšího pohledu negativní, nemusí vykazovat totožný výsledek v hodnocení osoby, které se primárně týkají. Naše závěry by potvrzoval i již citovaný výzkum litevských autorek Rėklaitienė, Karpavičiūtė, Požėrienė, uveřejněný v roce 2010. Proveden byl pomocí instrumentu WHOQOL-100 na deseti respondentech se sluchovým postižením ve věku osmnácti let (a srovnán se vzorkem intaktní populace ve stejném věku). Zde byl Disability paradox vzhledem k závěrům jejich výzkumu rovněž dáván do souvislosti s dosaženými celkovými skóry jednotlivých domén. Z našeho hlediska se jako zajímavé jeví hodnocení domény prostředí, která i zde dopadla lépe u osob s postižením sluchu než u osob z kontrolní skupiny. Doména enviromentálních hodnot dosáhla ve zmiňovaném šetření hodnoty 58 % (v

našem případě dokonce 72,81 %, přičemž intaktní populace měla v litevském výzkumu skóre 55 %). Autorky opětovně poukazují na účinek osobnostní složky dotyčného a způsobu, jakým se se svým postižením vyrovnává. V tomto případě (stejně jako u Disability paradoxu) se popisované jevy týkají všech skupin osob s postižením, nikoli výlučně jedinců se sluchovým či smyslovým postižením.

Kvalitativní část výzkumu, provedená ve formě otevřeného písemného vyjádření, byla realizována s 12 informanty. Ti měli v libovolné délce vyjádřit, co si představují pod pojmem kvalitní život. Tato část šetření byla – i vzhledem k celkovému rozsahu výzkumu – realizována na menším počtu zúčastněných, počítali jsme s ní jako s doplňovacím aspektem. Získaná data byla analyzována pomocí zásad kvantitativní obsahové analýzy textu a kódování, kdy bylo nutné vzít v potaz i výskyt heslovitých či útržkovitých sdělení (tedy nikoli celých vět).⁶⁰ Tento jev považujeme za nepřekvapivý i vzhledem ke známé problematice znalosti českého jazyka u některých osob se sluchovým postižením (zejména neslyšících) a k ní se vázající nechuti se samostatně písemně vyjadřovat. Získané údaje poskytly odpověď na 2. dílčí výzkumnou otázku – Co si osoby se sluchovým postižením představují pod pojmem kvalitní život? Pozorovali jsme, že se mnohá vyjádření prakticky shodují a uváděné údaje opakují. Mezi nejvíce zmiňovanými pojmy v souvislosti s představou kvalitního života bylo udáváno (nikoli v uvedeném pořadí) zdraví, rodina či rodinné zázemí, práce, partnerský vztah, přátelství, zázemí, podpora blízkých a odpovídající finanční zabezpečení. Je nasnadě, že citované údaje nepředstavují zcela vyčerpávající informace o tom, co si osoby se sluchovým postižením v kontextu kvalitního života představují. Jedná se o nejběžnější hodnoty, které zúčastněné z hlediska zkoumaného tématu napadnou zpravidla jako první a zároveň je považují za nejpodstatnější. V souvislosti s tématem této práce lze považovat za zajímavou skutečnost, že nikdo z dotazovaných neuváděl ve svém vyjádření spojitost se sluchem či ztrátou sluchu (pouze v jednom případě se vyskytla zmínka o zlepšení tlumočnických služeb). Hojně se vyskytoval kontext zdraví, ovšem bez uvedení bližších souvislostí. Je opět možné, že vzhledem k většímu či menšímu stupni adaptace osob na své sluchové postižení, není tato ztráta nebo s ní spojené projevy automaticky klasifikována jako

⁶⁰ Vzhledem k malému počtu zúčastněných informantů nebyla získaná data dále statisticky zpracována. Pro komplexní zhodnocení obsahové analýzy textu doporučuje Gavora (2012) data u této kvantitativní metody vyhodnocovat právě i skrz statistické metody. Zároveň však podotýká, že pro tento přístup musí být přítomen dostatečný vzorek analyzovaných textů – což není náš případ. V opačném případě pak autor hovoří o tzv. explorativní metodě analýzy textu.

něco, co si člověk vybaví ve spojitosti s kvalitním životem. Tento poznatek tedy koresponduje s údaji získanými v kvantitativní části šetření.

Prezentovaná výzkumná část práce ve svém celku poukazuje na optimálně hodnocenou kvalitu života osob se sluchovým postižením. V případě komparovatelných dat (modul WHOQOL-BREF) nebyly zjištěny výraznější odchylky oproti intaktní populaci, v rámci jednotlivých domén instrumentu byl u dvou z nich pozorován odlišný skóre než u výsledků respondentů bez postižení. V jednom případě se jednalo o výsledek horší, v druhém o výrazně lepší. Analyzována byla v námi dostupném rozsahu objektivní i subjektivní dimenze konceptu kvality života. Naší snahou bylo pokrýt zkoumanou problematiku co možná nejkomplexnějším způsobem. Vzhledem k nepříliš hojnému počtu prací zaměřených v našich podmínkách na toto téma se domníváme, že by bylo vhodné v tematickém výzkumu konceptu QOL v oblasti surdopedické problematiky i nadále pokračovat.

6 Závěr

Předkládaná dizertační práce s názvem Kvalita života osob se sluchovým postižením se zaměřuje na zhodnocení aspektů QOL u této části dospělé populace s různým stupněm ztráty sluchu v České republice. Koncept kvality života představuje v současné době vysoce aktuální a multidimenzionální pojem, u kterého je předpoklad dalšího budoucího koncepčního rozvoje. Jedná se o termín, který je aktuálně řešen mnoha vědními obory. Česká speciální pedagogika, jakožto svébytný obor, aktuálně nepracuje s pojetím QOL v takové podobě, jako např. psychologie, sociologie či medicína. Tyto obory řeší kvalitu života z teoretického, výzkumného i dalšího koncepčního hlediska, mnohdy se touto oblastí v rámci těchto disciplín zabývají celé výzkumné týmy. Vzhledem k předmětu speciálněpedagogické péče (tedy člověku s postižením či znevýhodněním) jde však o jev vysoce potřebný. Předpokládáme, že budoucí paradigmatický vývoj oboru bude více směřovat i tímto směrem, tedy k vlastnímu konceptuálnímu náhledu na dimenzi QOL. Jako žádoucí se může jevit např. stanovení koncepce či definice kvality života skrze náhled speciální pedagogiky tak, aby byly více zohledněny specifické oblasti a potřeby tohoto oboru.

Sluchové postižení představuje obdobně aktuální problém, který se stále rozšiřuje. WHO opakovaně upozorňuje na zvyšující se výskyt osob se sluchovým postižením napříč světovou populací, stoupající hlukovou zátěží – a také na to, že výroba nejčastějších kompenzačních pomůcek (sluchadel), pokrývá pouze zhruba 10 % celosvětové potřeby (WHO, 2017). U takto znevýhodněné části lidstva se přitom nejedná pouze o osoby trpící presbykuzií, nýbrž i o jedince mladého či středního věku, velmi ohroženou skupinu (zejména v rozvojovém světě) představují děti. Omezení či až neschopnost vnímat zvukové vjemy představuje takový typ postižení, u něhož předpokládáme, že se jeho následky určitým způsobem promítnou do vnímání a prožívání QOL. Naším výzkumným cílem tak bylo zjistit, jaká je aktuální úroveň kvality života u zmíněné minoritní části populace. Stanovená hlavní výzkumná otázka poté zjišťovala, jaké specifické rysy výše uváděná problematika vykazuje. Důraz byl kladen na holistickou koncepci pojmu QOL, hodnoceny tedy byly obě části tohoto termínu – subjektivní a objektivní, což koresponduje se současným nastavením odborných výzkumných trendů v této oblasti. Kvantitativní část výzkumného šetření, realizovaná skrz dva výzkumné dotazníky, byla doplněna o část kvalitativní, která proběhla formou otevřeného písemného vyjádření. Byly stanoveny dvě dílčí výzkumné otázky, týkající se jak kvantitativní, tak i kvalitativní části šetření. K dotazníkovým instrumentům bylo stanoveno celkem 14 hypotéz. Vymezené hlavní i dílčí výzkumné otázky byly zodpovězeny. Výzkumné hypotézy

byly statisticky vyhodnoceny a na základě získaných výsledků potvrzeny či vyvráceny. Námi popisované aspekty a specifika kvality života osob se sluchovým postižením byla dána do širšího kontextu dimenzí QOL a porovnána s údaji týkajícími se totožného tématu v zahraniční literatuře. Cíle práce se tedy podařilo dosáhnout. Představený výzkumný projekt byl podpořen Grantovou agenturou Univerzity Karlovy, což umožnilo jeho provedení v celé šíři záměru (tlumočení použitých instrumentů do znakového jazyka, profesionální tvorba webových stránek atd.). Prezentovaný dizertační výzkum s sebou po zhodnocení přináší další poznatky vhodné k budoucímu zkoumání, realizovaném na širším vzorku respondentů. Jako vhodné se jeví posouzení této široké problematiky u různých skupin osob se sluchovým postižením a následně vzájemná komparace získaných výsledků.

7 Seznam citovaných a dalších použitých informačních zdrojů

Seznam literárních zdrojů:

1. BABINČÁK, Peter, 2004. *Indikátory kvality života. „Čo považujete za šťastný život?“* in DŽUKA, Jozef, ed. *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita. ISBN 8080682828.
2. ČECHOVÁ, Lucie, 2015. *Vliv smyslové deprivace na vývoj dítěte se sluchovým postižením*. Praha. Rigorózní práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Tereza Soukupová.
3. DAFYDD, Stephens a Sophia E. KRAMER, 2010. *Living with hearing difficulties: the process of enablement*. Hoboken, N.J: Wiley-Blackwell. ISBN 9780470019856.
4. DOLEŽALOVÁ, Lenka, Kateřina JANDÁSKOVÁ a Lada Müllerová. *Postavení rodiny dítěte se sluchovým postižením v sociálním systému v České republice*. IN: PANČOCHA, Karel a Marie VÍTKOVÁ et al., 2013. *Analýza sociálních determinantů inkluzivního vzdělávání*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-245-1.
5. DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ, 2006a. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 8085121824.
6. DRAGOMIRECKÁ, Eva, 2007. *Prediktory kvality života ve vyšším věku*. Praha. Dizertační práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Jan Srnec.
7. DU FEU, Margaret a Cathy CHOVAZ, 2014. *Mental Health and deafness*. USA: Oxford University Press. ISBN 9780199860753.
8. FIELD, Andy P., 2013. *Discovering statistics using IBM SPSS statistics: 4th edition*. London: SAGE Publications. ISBN 9781446249178.
9. GAVORA, Peter, 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. České vyd. Překlad Vladimír Jůva, Vendula Hlavatá. Brno: Paido. 261 s. ISBN 9788073151850.

10. HENDL, Jan, 2012. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 4., rozš. Vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0200-4.
11. HEŘMANOVÁ, Eva, 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). Studijní texty. ISBN 9788074191060.
12. HRADLOVÁ, Tereza, 2013. *Kvalita každodenního života sluchově postižených*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Kateřina Hádková.
13. HRUBÝ, Jaroslav, 1999. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. 2. přepracované a rozš. vyd. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených. ISBN 80-7216-096-6.
14. CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024753263.
15. KERN, Hans et al, 2000. *Přehled psychologie*. Vyd. 2., opr. Praha: Portál. ISBN 80-7178-426-5.
16. KOSINOVÁ, Barbora, 2008. *Neslyšící jako jazyková a kulturní menšina – kultura neslyšících*. 2., opr. vyd. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka. ISBN 9788087153949.
17. KOUTSKÁ, Mariana, 2014. *Kultura a kulturní instituce ve vzdělávání neslyšících žáků ZŠ*. Brno. Dizertační práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Jiřina Klenková.
18. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2013. *Psychologie pocitů štěstí: současný stav poznání*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4436-0.
19. KULA, Luděk, 2006. *Kvalita života mladistvých a mladých dospělých*. Brno. Rigorózní práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.
20. LUDÍKOVÁ, Libuše a kol., 2014. *Výzkum kvality života vybraných skupin osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 9788024442969.
21. MAREŠ, Jiří a Jana MAREŠOVÁ et al., 2008. *Paradoxy kvality života, která souvisí se zdravím (HRQOL)*. In ŘEHULKA, Evžen et al. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemocí*. Brno: MSD. 154 s. ISBN 978-80-7392-073-9.

22. MIČÁNKOVÁ, Magdalena, 2012. *Hodnocení kvality života*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta. Vedoucí práce Milan Viturka.
23. PANČOCHA, Karel, Lucie PROCHÁZKOVÁ a Kateřina SAYOUD SOLÁROVÁ, 2013. *Edukativní, intervenční a terapeutické přístupy k dospělým osobám a seniorům se zdravotním postižením*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 9788021063068.
24. POTMĚŠIL, Miloň a kol., 2010. *Psychosociální aspekty sluchového postižení*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5184-3.
25. PUNCH, Keith, 2015. *Úspěšný návrh výzkumu*. Vydání druhé. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0980-5.
26. RAPLEY, Mark, 2003. *Quality of life research: a critical introduction*. Thousand Oaks, Calif.: SAGE Publications. ISBN 0761954570.
27. SKÁKALOVÁ, Tereza, 2016. *Sluchová vada a její sociální dopady v dospělém věku*. Hradec Králové: Gaudeamus. Recenzované monografie. ISBN 9788074356285.
28. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha, Česká republika: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
29. VAĐUROVÁ, Helena, 2007. *Vliv nelékařských služeb na kvalitu života pečovatelů o děti s onkologickým onemocněním*. Brno. Dizertační práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Pavel Mühlpachr.
30. WALKER, Ian, 2013. *Výzkumné metody a statistika: z pohledu psychologie*. Překlad Ondřej Novák. Praha: Grada, 218 s. ISBN 9788024739205.

Seznam odborných článků, periodik a sborníkových příspěvků

1. DRAGOMIRECKÁ, Eva a Dagmar DZÚROVÁ, 2009. PSYCHIATRIC CENTER IN PRAGUE. *Quality of Life of People with Down Syndrome: the Czech case – PowerPoint: WHOQOL-BREF-ID & DISABILITIES MODULE*. Dublin.

2. DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ, 2006b. Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. Psychometrické vlastnosti a první zkušenosti s českou verzí. *Psychiatrie* 10. s. 144-149.
3. HÁDKOVÁ, Kateřina a Tereza HRADILOVÁ, 2016. Proměny v pojetí kvality života u dospělých osob se sluchovým postižením. In: *Reflexie vývoja a trendy rozvoja špeciálnej pedagogiky na Slovensku v medzinárodných kontextoch*. Bratislava: IRIS – Vydavateľstvo a tlač. s. 59-70. ISBN 978-80-89726-79-0.
4. POWER, MJ, a AM GREEN, 2010. WHOQOL-DIS Group. *Development of the WHOQOL disabilities module*. Quality of Life Research; 19. s. 571–84.
5. STRAKA, Michal, 2006. GFK – GROWTH FROM KNOWLEDGE. *Výzkum reality života zrakově postižených: Analytická zpráva*. Praha.
6. WORLD HEALTH ORGANISATION, 2011. *WHOQOL-DISABILITIES MODULE*. Neuvedeno.

Legislativní zdroje:

1. *Vyhláška o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením č. 116/2014 Sb.* In: Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o., 2014, ročník 2014, částka 49, číslo 116.
2. *Zákon o sociálních službách. č. 108/2006 Sb.* In: Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o., 2016, ročník 2016, částka 72, číslo 189.
3. *Vyhláška o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných č. 27/2016 Sb.* In: Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o., ročník 2016, částka 10, číslo 27.
4. *Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob č. 384/2008 Sb.* In: Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o., 2008, ročník 2008, částka 138, číslo 384.
5. *Zákon o ochraně osobních údajů č. 101/2000.* In: Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o., 2000, ročník 2000, částka 32, číslo 101.
6. *Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů č. 48/1997 v aktuálním znění zákona č. 200/2015 Sb.* In:

Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o., 1997, ročník 1997, částka 16, číslo 200.

7. *Zákon o znakové řeči č. 155/1998 Sb.* In: Praha, Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o., 1998, ročník 1998, částka 54, číslo 155.

Webové zdroje:

1. 10 facts about deafness. *World Health Organisation* [online]. není uvedeno, 2017 [cit. 2017-06-10]. Dostupné z:
<http://www.who.int/features/factfiles/deafness/en/>
2. FELLINGER, Johannes, Daniel HOLZINGER, Heribert SATTEL a Manfred LAUCHT. Mental health and quality of life in deaf pupils. *European Child & Adolescent Psychiatry* [online]. 2008, 17(7), 414-423 [cit. 2017-05-26]. DOI: 10.1007/s00787-008-0683-y. ISSN 10188827. Dostupné z:
<http://link.springer.com/10.1007/s00787-008-0683-y>
3. Human Development Report 2016 [online]. 2016, 2016(1) [cit. 2017-05-20]. ISSN 0969-4501. Dostupné z:
http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf
4. Postavení Prahy mezi ostatními kraji. *Český statistický úřad* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2007 [cit. 2017-05-10]. Dostupné z:
https://www.czso.cz/csu/czso/13-1132-06-za_rok_2005-4_2__postaveni_prahy_mezi_ostatnimi_kraji
5. RĚKLAITIENĖ, Diana, Simona KARPAVIČIŪTĖ a Jūratė POŽĖRIENĖ, 2010. *The Quality of life of people who are deaf and with hearing impairment*. Special Education [online]. 17-24 [cit. 2017-04-02]. ISSN 13925369.
6. *Sčítání lidu, domů a bytů 2011* [online]. 2012 [cit. 2017-06-06]. Definitivní výsledky Sčítání lidu, domů a bytů 2011 – Česká republika a kraje – Mateřský jazyk. Dostupné z: <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt&pvokc=&katalog=30718&pvo=OBCR614B&z=T>
7. SHALOCK, R.L. The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*. [online]. 2004. Vol. 48, part 3, 203-216. [cit. 2017-04-03]

8. Vývoj lidských zdrojů v hl. m. Praze v letech – vybrané kapitoly - 2000–2009.
In: ČSÚ a Jana PODHORSKÁ. *Vývoj lidských zdrojů v hl. m. Praze v letech – vybrané kapitoly - 2000–2009* [online]. Praha: ČSÚ, 2010, s. 91 [cit. 2017-05-10]. ISBN 978-80-250-2059-3. Dostupné z
<https://www.czso.cz/documents/10180/20566215/101363-10.pdf/69f7f454-c33c-49f3-8f33-9ec8cc5753af?version=1.0>

8 Seznam příloh

1. Dotazník autorky práce
2. Instrument WHOQOL-BREF a Disabilities module – česká verze
3. Informovaný souhlas s výzkumem (kvalitativní část)
4. Ukázka podoby webových stránek k výzkumnému šetření

9 Seznam tabulek

Tabulka 1 (vytvořená autorkou, ukazatele volně převzaty z Heřmanové, 2012).....	15
Tabulka 2 (přeloženo autorkou, původně Zapf in Rapley, sekund. Noll, ibidem, 2003, s. 31).....	18
Tabulka 3 – Domény BREF a DIS-QOL modulu v originálním znění, převzato bez úprav (záznam tabulky).....	65
Tabulka 4 – pohlaví	Tabulka 5 – věkové zastoupení respondentů 71
Tabulka 6 – typ sluchového postižení	72
Tabulka 7 – věková struktura postižení.....	72
Tabulka 8 – život/práce v Praze	73
Tabulka 9 – spokojenost – rodinný život	Tabulka 10 – spokojenost – sociální život ... 73
Tabulka 11 – možnost práce v jiném oboru	74
Tabulka 12 – srovnání výše mzdy	74
Tabulka 13 – spokojenost s měsíčním příjmem	74
Tabulka 14 – diskriminace	76
Tabulka 15 – typ diskriminace.....	76
Tabulka 16 – vztah k místu bydliště	77
Tabulka 17 – způsob komunikace s nejbližším okolím	78
Tabulka 18 – preferovaný způsob komunikace.....	78
Tabulka 19 – způsob komunikace s majoritní společností.....	79
Tabulka 20 - sdílení domácnosti s další osobou se SP.....	80
Tabulka 21 – další osoba se SP ve společné domácnosti – vztah.....	80
Tabulka 22 – znalost cizích jazyků	81
Tabulka 23 – nejvyšší dosažené vzdělání	81
Tabulka 24 – využívání podpůrných opatření	82
Tabulka 25 – využití tlumočníka	82
Tabulka 26 – spokojenost s životem v ČR	83
Tabulka 27 – možnosti omezení aktivit	Tabulka 28 – existence omezených aktivit..... 84
Tabulka 29 – způsoby komunikace	86
Tabulka 30 – preferovaný způsob komunikace.....	87
Tabulka 31 – způsob komunikace a dosažené vzdělání	88
Tabulka 32 – spokojenost s rodinným životem/ typ sluchového postižení	90
Tabulka 33 – spokojenost se sociálním životem/stupeň sluchového postižení.....	91

Tabulka 34 – zaměstnání/vystudovaný obor	92
Tabulka 35 – způsob komunikace v rodině/tlumočník	93
Tabulka 36 – život/práce v Praze a životní podmínky	94
Tabulka 37 – věková struktura a životní spokojenost	95
Tabulka 38 – terciární vzdělání	97
Tabulka 39 – využívání podpůrných opatření/znalost cizích jazyků	97
Tabulka 40 – využití tlumočníka/znalost cizích jazyků	98
Tabulka 41 – život/práce v Praze a četnost volnočasových aktivit	98
Tabulka 42 – partner/partnerka se SP	99
Tabulka 43 – sluchové postižení a počet zahraničních dovolených	100
Tabulka 44 – skórování modulu WHOQOL-BREF, vždy uvedeno jako jedna tabulka – pozn. autorky.	102
Tabulka 45- skóry jednotlivých domén: BREF	102
Tabulka 46 – celkové skórové hodnocení domén a srovnání intaktní populace s respondenty se sluchovým postižením	103
Tabulka 47 – dvouvýběrový t-test pro Domény I-IV modul WHOQOL BREF, komparace s intaktní populací	107
Tabulka 48 – skórování modulu WHOQOL a Disabilities module	108
Tabulka 49 – celkové skórování modulu WHOQOL-DIS. Stěžejní údaje jsou zvýrazněny.	108
Tabulka 50 – (záznam tabulky) – výskyt jednotek v textech	112